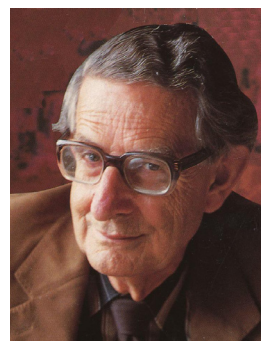


# Beteende terapeuter



Rapport från EABCT i Marrakech

Beteendeterapins historia  
– andra delen!



ACT för  
ungdomar

Boktips



Så tycker BTF om:

- etisk kod för psykoterapeuter
- rehabiliteringsgarantin



sfKBT:s årsmöte – Rapport från förhandlingar och föreläsningar

Mobilapp gjorde KBT-behandling dubbelt så effektiv!

Vad förstärker beteendeterapeuterna? Brev till alla medlemmar

# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare  
Johan Westöö  
Michaela Johansson

## Styrelsen

Björn Paxling, ordförande  
*bjorn.paxling@gmail.com*  
Maria Gustavsson, medlemssekreterare  
*bjf.medlemssekreterare@gmail.com*  
Olof Johansson, kassör  
*johanssonolof@gmail.com*  
**Övriga ledamöter**  
Gösta Liljeholm  
*gosta.liljeholm@gmail.com*  
Torun Kallings  
*torunkallings@gmail.com*  
Andreas Karlsson  
*andreas.karlsson@miun.se*  
Alexandra Arnberg  
*alexandra.arnberg@momentpsykologi.se*  
Maria Lagerlöf  
*maria.lagerlof.ki@gmail.com*  
Li Wolf  
*li.wolf@neurokbtgbg.se*  
Margareta Bylund-Andersson  
*margareta.bylund-andersson@sll.se*

Diana Fabian  
*diana.fabian@kbtvast.se*

Ljúfur Dagsson  
*ljufurdagsson@botmail.com*  
Matilda Larsson  
*matilda.b.larsson@gmail.com*  
Graciela Rovner, adjungerad  
*graciela.rovner@neuro.gu.se*

## Redaktionellt

BTF är en förening där det finns engagemang, om nu någon missat det. I årets sista nummer av Beteendeterapeuten kan du läsa om flera områden där såväl styrelsen som enskilda medlemmar gjort viktiga insatser under hösten: i diskussioner kring rehabiliteringsgarantin, i synpunkter på ett förslag till etisk kod för psykoterapeuter, samt i ett öppet brev till alla BTF:are som syftar till att väcka diskussion om klimat och engagemang i föreningen.

Att representera BTF i större sammanhang och att verka för samarbete med vår systerförening sfKBT är andra exempel på engagemang av viktigt slag. Torun Kallings och Erica Skagius Ruiz rapporterar från EABCT i Marrakech, medan ordförande Björn Paxling bidrar med sina intryck från sfKBT:s årsmöte i Helsingborg.

Några andra inslag får plats också. Missa inte den andra delen av Erik Hjalmarssons artikel om beteendeterapins historia, eller Shervin Shahnavaz rapport från en workshop om ACT för ungdomar. Dessutom berättar Hoa Ly om hur KBT-behandling mot depression kan göras dubbelt så effektiv om den kompletteras med en smartphone-app.

God jul och gott nytt år!

**Anna Eriksson**  
Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

KBT-behandling blev dubbelt så effektiv med mobilapp.....4	Beteendeterapins historia, del två.....6
Vad förstärker beteendeterapeuterna?.....12	ACT för ungdomar.....14
Rapport från sfKBT:s årsmöte i Helsingborg.....16	Boktips.....20
EABCT i Marrakech 2013.....24	Compassionfokuserad terapi med Paul Gilbert.....26
Anteckning nummer 9: Den psykoterapeutiska relationen.....28	Notiser.....30
Svar från BTF:s medlemsenkät 2013.....32	BTF:s synpunkter på förslag om etisk kod för terapeuter.....34
BTF om rehabiliteringsgarantin.....36	Krönika: På västfronten en massa nytt.....38
Styrelsesidor.....40	

**Manusstopp för nästa nummer:** 10 januari 2014  
Bidrag skickas till: [marvette@hotmail.com](mailto:marvette@hotmail.com)  
Textformat: Word/RTF

**Omslag:** Foto: se inne i tidningen.

**Tryck och repro:** Trydells Tryckeri AB

**Redigering och layout:** Emma Olevik

# Ledare: Vi ska bemöta våra patienter där de är, oavsett vem de är!

Andra halvan av 2013 har sprungit på i en takt jag brukar beteckna som spurt, och aktiviteten i föreningen har varit stor! Socialdepartementet har efterfrågat synpunkter på en rapport från Socialstyrelsen kopplat till rehabiliteringsgarantin vilket BTF naturligtvis gärna bidragit med. En annan spännande fråga är etiska riktlinjer för psykoterapeuter som Akademikerförbundet SSR arbetat med och bett om synpunkter på. BTF-representanter har satt tänderna i detta remissdokument och fann tyvärr ett dokument som få KBT:are kan känna sig hemma i. Läs mer om både rehabiliteringsgarantin och etiska riktlinjer i detta nummer av Beteendeterapeuten.

**Desto mer givande blev sfKBTs årskongress i Helsingborg, där det var särskilt roligt att samarbetet med BTF lyftes fram som väldigt viktigt.**

Som ordförande för BTF har jag varit i Marocko för att delta i årets EABCT-kongress, men i praktiken spenderades min vistelse där i sängläge med magsjuka – så kan det bli ibland. Desto mer givande blev sfKBTs årskongress i Helsingborg, där det var särskilt roligt att samarbetet med BTF lyftes fram som väldigt viktigt både hos styrelsen och hos de sfKBT-medlemmar jag pratade med. Och så ska vi förstås gratulera Psykologförbundet som efter längre tids beredning antagit en policy för evidensbaserad psykologisk praktik – fantastiskt glädjande!

Under oktober drog en större storm fram i Skåne och andra delar av landet, och jag kom återigen i kontakt med fenomenet att uppmärksamheten dras mot olyckor. Inget allvarigare hände i min omedelbara närhet, men gång på gång sprang jag bort till ett fönster med skräckblandad förtjusning så fort jag hörde något ljud som skulle kunna vara ett tecken på att olyckan varit framme. Jag är övertygad om att det är samma fenomen som gjort att jag under året så fort senaste numret av Psykologtidningen kommit bläddrat fram till sidorna som innehåller det senaste om hen-debatten i förbundet. För den som inte följt denna fråga så kan jag kort summera: en psykolog vänder sig till etikrådet och undrar om hen verkligen

behöver respektera en patient så mycket att patientens önskade pronomen (hen) ska användas, etikrådets ordförande svarar att det behöver psykologen inte (med bisarra hänvisningar till Riksdagen och SAOL), kritiska röster höjs från psykologstuderande och psykologer om etikrådets och förbundets hållning, vilka etikrådet och förbundsrepresentanter (Studeranderådet undantaget) enligt konstens alla regler undanmanövrerar. Gång på gång häpnar jag över hur det kan vara så svårt att rakt upp och ner säga: det är självklart att vi ska bemöta våra patienter där de är, oavsett vem de är. Det finns glädjeämnen i denna historia, att så många reagerat med både debattartiklar och motioner kring HBTQ-frågor som diskuterades på årets Psykologförbundskongress. Sedan tänker jag: det är lätt att vara självgod på sin egen kammare, men hur står det till i våra egna led i dessa frågor? Faktum är ju att det förs förhållandevis lite diskussion kring exempelvis normbrytande livsstilar inom BTF, åtminstone vad jag har erfarit.

**Det är lätt att vara självgod på sin egen kammare, men hur står det till i våra egna led i dessa frågor?**

Parallellt med att hen-debatten fortlöper i Psykologtidningen läser jag boken *Samtal som fungerar* (av Magnus Stalby och Johan Holmberg), som handlar om att använda inlärningspsykologiska principer i samtal. Jag fastnar för vad KBT-inriktade psykologen och psykoterapeuten Johan Holmberg skriver om sina värderingar:

*"Jag har arbetat som psykolog i tio år och en viktig influens i mitt yrkesliv har varit beteendeterapi och dess syn på frihet. Det har varit inspirerande och viktigt att låta psykologin bidra till människans frihet och detta är något jag önskar ska genomsyra alla mina klientkontakter. Jag vill att mina klienter ska få en upplevelse av att deras liv är deras eget och att det är de själva som väljer om de vill ändra på något. Och vad de än väljer så är det okej för mig. Det här är viktiga värderingar för mig."*

Behöver det egentligen vara svårare än så?



**Björn Paxling**  
Ordförande  
Beteendeterapeutiska föreningen



# KBT-behandling blev dubbelt så effektiv med hjälp av app

**I en världsunik studie har Hoa Ly visat att KBT-behandling mot depression blev dubbelt så effektiv när den kompletterades med en smartphone-app. – Det var i Tokyo 2007 jag förstod att folk skulle börja använda sina telefoner som verktyg i vardagen, berättar han för Beteendeterapeuten.**

Text: Anna Eriksson  
Foto: John Airaksinen

Beteendeterapeuten har fått en pratstund med Hoa Ly, KBT-psykolog och doktorand som i en randomiserad kontrollerad studie visat att KBT-behandling mot depression kan göras dubbelt så effektiv om den kompletteras med en smartphone-applikation. Studien är den första av sitt slag i världen.

## Vem är du?

Mitt namn är Hoa Ly och jag har en psykologexamen från Uppsala universitet, samt en ekonomexamen från Handelshögskolan vid Göteborgs universitet. Sedan 2011 forskar jag vid Linköpings universitet tillsammans med Gerhard Andersson och Per Carlbring som är mina handledare. Jag har också varit med och startat Psykologifabriken, samt teknikföretaget Hoa's Tool Shop. Vid sidan av psykologi älskar jag också musik och tar varje tillfälle jag kan till att DJ:a.

## Hur kom du in på området KBT via smartphone?

Det började när jag var i Tokyo på ett utbytesår 2007. Trots att de smarta telefonerna inte hade kommit ut på marknaden riktigt än, använde japanerna redan sina telefoner till avancerade saker som vi gör idag, till exempel för att hitta till olika platser, betala saker med, maila och spela sofistikerade spel.

Där och då förstod jag att människor över hela världen skulle börja använda sina telefoner som verktyg i vardagen. Eftersom jag ville att psykologin skulle ha en given plats i denna utveckling så började jag och en kollega från Psykologifabriken att utveckla en smartphone-app för KBT.

## Berätta om studien!

Studien utvärderade hur en strukturerad manualbaserad behandling bestående av en kombination av face-to-face-sessioner (patient som träffar en psykolog) och en smartphone-applikation stod sig mot en full KBT-behandling för patienter med egentlig depression. Försöksgruppen (n = 45) behandlades under nio veckor med en kombinerad behandling bestående av fyra face-to-face-sessioner samt stöd via en smartphone-applikation mellan träffarna. Jämförelsegruppen (n = 43) behandlades i tio veckor med tio face-to-face-sessioner. Behandlingarna utfördes av 26 behandlare på tre kliniker i Stockholm och Linköping. Samtliga utfallsmått, vilket inkluderade Beck Depression Inventory (BDI-II), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Beck Anxiety Inventory (BAI), Acceptance and Commitment Questionnaire (AAQ-II) samt Quality of Life Inventory (QOLI), visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna över tid. Samtidigt visade samtliga mått på medelstor eller stor effektstorlek (Cohens d) i såväl försöksgrupp som jämförelsegrupp mellan för- och eftermätning. Resultaten visar att behandling med reducerad face-to-face till förmån för



Eftersom vi integrerar applikationen i traditionell KBT får man det bästa av två världar.

*Hoa Ly är KBT-psykolog och doktorand och forskar vid Linköpings Universitet.*

smartphonestöd ledde till en signifikant reduktion i depressions- och ångestsymtom, förhöjd livskvalitet och ökad psykologisk flexibilitet, samt att detta kortformat motsvarar effekten hos väl beprövade behandlingsformat.

## Hur använder man appen?

Applikationen är en kombination av ett verktyg i session för att påminna sig om hemuppgifter, samt ett självhjälpverktyg där man både läser generella texter om beteendeaktivering och depression, dels får förslag på små konkreta uppgifter att aktivera sig i. Hemuppgifter, aktiviteter och poster som man läser kallar vi för beteenden och finns på användarens hemskärm i applikationen. När användaren har gjort något beteende registrerar han/hon att beteendet har blivit utfört, skriver en kort reflektion samt skattar sitt mående. Användaren får automatisk feedback på beteenden som utförs i form av små, korta meddelanden. Användaren kan också på ett enkelt sätt se data och historik på allt som har registrerats och skrivits i reflektionerna.

## Vilka för- och nackdelar finns jämfört med traditionell KBT?

Eftersom vi integrerar applikationen i traditionell KBT får man det bästa av två världar. Det digitala inslaget i behandlingen gör att patienten har sin behandling lättillgänglig i fickan. Hälsa, oavsett fysisk eller psykisk, uppstår genom små beteenden i vardagen. Telefonen möjliggör detta på ett sätt som inget annat tekniskt hjälpmedel klarar av. Dessutom blir datainsamlandet, genom registrering av avklarade beteenden, enormt värdefullt för att förstå depression ännu bättre och på ett mer intelligent sätt föreslå rätt aktiviteter för människor i olika situationer.

## Vilken är målgruppen?

Målgruppen är i första hand primärvårdspatienter, men applikationens upplägg tillåter också att skapa en så kallad stepped care-behandling där människor som lider av mildare former av depression skulle kunna bli hjälpta av applikationen utan terapeutstöd - dvs med hjälp av endast självhjälpprogrammet.

## Hur planerar du att gå vidare?

Under hösten kommer vi att fortsätta forska på behandlingsupplägget. Nästa steg är att testa manualen och smartphone-stödet i större skala på kliniker i Sverige. Det allra viktigaste för oss forskare är att metoden fungerar ute i verkligheten, för patienter och behandlare. Vi forskare behöver komma närmare den kliniska vardagen och det här blir ett sätt att testa verktyget i det sammanhang som det är tänkt för. Först ut är WeMind i Stockholm. Ytterligare sex kliniker är planerade att vara involverade i studien. Dock eftersöks ännu fler kliniker för att testa verktyget ute i världen.

## Har du några beslätade projekt på gång?

Samtidigt som vi rullar ut behandlingen på kliniker i Sverige gör vi också en ångeststudie med applikationen, samt en stresstudie för mellanchefer. En uppföljningsstudie, samt en hälsoekonomisk utvärdering på studien som gjordes i våras är också planerad att utföras under hösten.



*Illustration: Lora Williams, sxc.hu.*



# Beteendeterapins historia

## -en tillbakablickande genomgång

Del två!

Text: Erik Hjalmarsson  
Foto: Wikimedia Commons



Foto: Privat

### Om artikelförfattaren Erik Hjalmarsson:

Jag arbetar som psykolog på en psykiatrisk mottagning i Helsingborg som heter Södermottagningen, en mottagning som bedriver evidensbaserad vård med beteendeterapi och KBT som psykologisk grund. För mig har det länge varit viktigt att sätta in det vi gör i terapirummet i ett bredare kunskapsmässigt sammanhang och då ställt mot bakgrund av psykologisk

teori och vetenskapsfilosofiska utgångspunkter. Då jag inom ramen för min psykoterapeututbildning i Uppsala fick möjlighet att välja en fri kurs, tog jag möjligheten att fördjupa mig i just detta. Denna artikelserie är en kortare sammanställning av beteendeterapins forskningshistoria som kommit ur denna fördjupningskurs.

### Olika teoretiska inriktningar inom Behaviorismen - 1920 - 40-tal i USA

Watsons generella teori om inlärning, där han förklarade uppkomsten av enkla och mer komplexa beteenden genom inlärd reflexer, var den första större sammanfattande behavioristiska teorin i USA. Flertalet större teoretiker och behaviorister har efter Watson sedan försökt sig på att formulera teorier med liknande omfattning och syfte, teorier som i olika utsträckning skilde sig från varandra vad gällde teoretisk noggrannhet, beträffande vilka antaganden som gjordes om beteenden, samt hur nära deras tolkningar och härledningar låg faktiska observationer. Det som samtliga teoretiker hade gemensamt var ett uttalat fokus på stimuli och responser, att de utgick från observerbara data samt att de förnekade medvetandet som centralt teoretiskt begrepp. Några centrala namn som i varierande omfattning kommer att beröras här är Edwin R. Guthrie, Edward C. Tolman, Clark L. Hull, O. Hobart Mowrer samt B.F. Skinner.

**Edwin R. Guthrie** (1886-1959) var den av ovan nämnda teoretiker som låg närmast de teorier Watson formulerat. Guthrie menade att en respons som uppkom/utfördes i en situation sannolikt skulle komma att upprepas om samma situation uppträdde i

framtiden. Allt som krävdes för inlärning var ett hopparande av ett stimulus och en respons. Konsekvenserna av en respons var alltså inte avgörande för hur stark associationen mellan ett stimuli och en respons var. Utifrån sina teorier om inlärning beskrev Guthrie också metoder för att förändra icke önskvärda beteenden. Han menade att om inlärning kom sig av att en respons associerats med ett stimuli, så borde man kunna minska förekomsten av problembeteenden genom att associera ett nytt inkompatibelt beteende med ett stimulus som tidigare gett upphov till en oönskad respons. Hans tekniker för beteendeförändring gick i stort ut på att presentera stimuli på olika sätt och därigenom få till en förändring i icke önskvärda responser. Metoder för att göra detta kunde vara att presentera stimuli gradvis (och därigenom hindra att responser väcks) och efterhand öka styrkan hos stimuli, att presentera stimuli i full styrka upprepade gånger och därigenom uppnå utmattning, mättnad eller anpassning i responser, eller genom att para ett stimulus med ett annat starkare stimulus som var associerat med en konkurrerande respons. Guthries metoder för förändring av beteenden har senare använts inom beteendeterapi även om teorierna kring varför de visat sig effektiva har varierat.



Edward C. Tolman

**Edward C. Tolman** (1896-1961) gick längre ifrån Watsons inlärningsteori, som hade sin utgångspunkt i Pavloviansk inlärning av reflexer, genom att enbart se till beteenden hos hela organismen samt att det centrala hos beteenden var att de var målorienterade, att de hade ett syfte. Tolman har kritiserats för att ha introducerat icke observerbara variabler i sin teori genom att han förutsatte att organismer utförde beteenden i avsikt att uppnå vissa mål, samt

Mowrers teori hade direkta implikationer för hur man kunde betrakta psykopatologi inom psykologin och psykiatrin och ett flertal beteendemodifierande tekniker har formulerats utifrån hans principer för inlärning.

att de fick en kunskap om vilka stimuli som var relaterade till vissa specifika utfall av beteenden. Tolman studerade dock hela tiden observerbara beteenden, rapporterade enbart objektiva fynd och använde sig av experimentell metodologi i sin forskning, även om hans fokus låg på effekter av beteenden snarare än på etablerande av associationer mellan stimuli och responser.

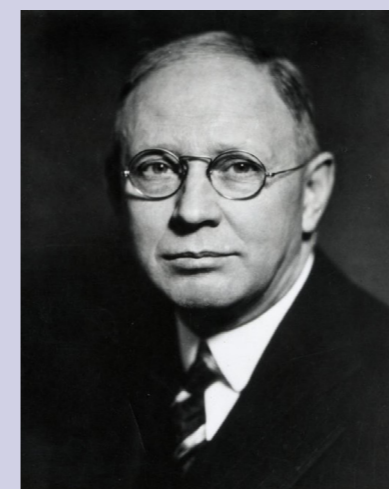
Även om det går att spåra influenser från Thorndike också hos Tolman så var det **Clark L. Hull** (1884-1952) som först kombinerade Pavlovs fynd kring inlärd reflexer och Thorndikes principer för inlärning genom direkta konsekvenser i sin generella teori om inlärning. Hull utgick från Pavlovs principer kring förstärkning av responser samt Thorndikes inlärning genom trial-and-error som beskrivs i hans *Law of effect*. Hull tog dessutom, likt Tolman, in inre mellanliggande variabler i sin teori och använde dessa för att ytterligare förklara och dra slutsatser om sambanden mellan stimuli och responser, slutsatser som sedan gick att pröva empiriskt. Exempel på viktiga sådana variabler var *drive*, som stod för ett naturligt

tillstånd hos en organism som gjorde denne mer mottaglig för viss förstärkning, och *habit strength*, som hänvisade till styrkan i association mellan stimulus och respons som en följd av direkt inlärning. Alla responser som medförde en minskning i *drive* tenderade att förstärkas och sambandet mellan en *drive* och sådana responser kom därigenom att bli starkare. Andra stimuli som var närvarande när en sådan association skedde kunde också komma att förstärkas genom parad inlärning och senare komma att ge upphov till samma respons. Hull menade att inlärning genom trial-and-error och inlärning genom förstärkning av samband i stort sett följde samma principer för inlärning, att de medförde en minskning av *drives*, men att de skilde sig åt beträffande de förhållanden under vilka de verkade, om de förstärkte sambanden mellan stimuli och stimuli eller mellan stimuli och responser.

**O. Hobart Mowrer** (1907-1982), som var kollega till Hull vid Yale University, tog sin utgångspunkt i Hulls teori om inlärning genom förstärkning, och var intresserad av hur känslomässiga reaktioner etablerades och stärktes. Mowrer ansåg att Hulls teorier inte tillräckligt väl förklarade hur negativa känslomässiga reaktioner etablerades, och fokuserade i sina studier på undvikandebeteenden och aversiva konsekvenser av beteenden (konsekvenser som hade en bestraffande effekt på beteenden). I sin två-faktorteori för inlärning menade Mowrer att bestraffande konsekvenser inte bara hade effekt på beteenden genom att de minskade styrkan i det aversiva stimuluset, utan också genom att de gav upphov till andra nya beteenden. Han beskrev två typer av inlärning, *sign learning* och *solution learning*, som motsvarar Pavloviansk inlärning och inlärning utifrån Thorndikes principer. Det som Mowrer gjorde var att kombinera dessa olika typer av

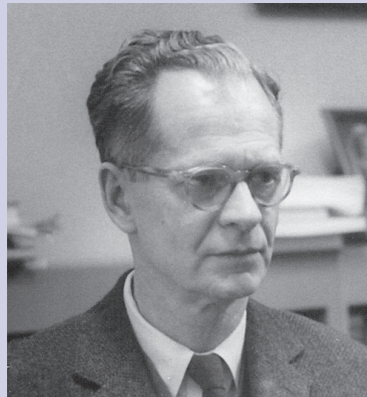
inlärning och också förklara uppkomsten av beteendemässigt undvikande av stimuli. Han beskrev hur rädsla kunde komma att förknippas med ett stimulus genom inlärning (*sign learning*) och då fungera som en *drive* (som definierat av Hull). Alla beteenden som därefter minskade styrkan hos de stimuli som var associerade till rädsla kom att förstärkas (*solution learning*). Mowrers teori hade direkta implikationer för hur man kunde betrakta psykopatologi inom psykologin och psykiatrin och ett flertal beteendemodifierande tekniker har formulerats utifrån hans principer för inlärning.

**B.F. Skinner** (1904-1990) försökte, likt Hull och Mowrer, att klargöra relationen mellan de inlärningsparadigm som presenterats av Pavlov och Thorndike och diskriminerade två klasser av responser och två olika typer av inlärning. Skinner benämnde dessa två klasser av responser *respondents* och *operants* och menade att de skilde sig åt beträffande hur de lärdes in, väcktes, påverkades och mättes. Respondenter (t ex reflexer), som bäst mättes genom hur kraftfull eller omfattande responsen var, väcktes av stimuli och var mindre beroende av vad som följde efter responsen. Operanter, som mättes bäst genom sin frekvens, var inte styrda av utlösande stimuli. Istället var det de konsekvenser som korrelerade med en respons som påverkade sannolikheten för att beteende skulle uppstå igen. Skinner kallade den typ av inlärning som var verksam vid respondent inlärning för *Type S conditioning* (då förstärkningen i respons var relaterad till närvarande stimuli) och den typ av inlärning som var aktuell vid operant inlärning för *Type R conditioning* (där förstärkningen korrelerade med responsen). Han menade också att det fanns en tredje typ av inlärning som förklarade de fall där operanter (diskriminativa operanter) kommit att associeras till specifika stimuli, och i



Clark L. Hull





B.F. Skinner

## Skinner formulerade flera centrala principer för inläring utifrån vad han observerade i sina studier, principer som senare kommit att ligga till grund för flertalet beteendemodifierande tekniker.

dessa exempel kunde stimuli fungera som cues för möjligheter till förstärkning och därigenom öka sannolikheten för en viss respons. Samtliga typer av inläring pågick ibland parallellt och var inte alltid enkla att särskilja. Detta speciellt då operanta inlärningsprinciper kunde komma att bli mer styrande även för tidigare etablerat respondent beteende. Skinner menade att det inte var tillräckligt med *Type S conditioning* för att förklara uppkomsten av de flesta responser som naturligt förkom hos en organism, och skiftade därför fokus till att mer uttalat studera operanta beteenden och operant inläring.

Skinner ville genom sin forskning klargöra empiriska samband mellan yttre stimuli och observerbara responser, och han var motståndare till teorier som inkluderade hypotetiska konstrukt eller variabler som ej var tillgängliga för direkt påverkan. Han menade att beteenden borde beskrivas och förklaras med hänvisning till sådant som var möjligt att observera, och han lämnade fysiologins område, som varit centralt i flera tidigare teorier om inläring, utanför sina analyser. Skinner studerade organismers, till en början råttors, beteende i olika konstruerade miljöer och studerade detta systematiskt och experimentellt. Han utgick ifrån antagandet att en förändring i respons hos en organism var funktionellt relaterad till yttre förhållanden, och målet med forskningen var att finna vilka yttre faktorer som påverkade beteenden och hur. Skinner formulerade flera centrala principer för inläring utifrån vad han observerade i sina studier, principer som senare kommit att ligga till grund för flertalet beteendemodifierande tekniker. Det som var gemensamt för dessa principer var att de beskrev relationen mellan yttre påverkan och förändring

i responser och de flesta var relaterade till stimuli som följde, snarare än föregick, responser. Skinners centrala principer för operant inläring var:

Princip	Procedur	Effekt på beteende
Förstärkning	Ett stimuli presenteras eller tas bort till följd av en respons	Frekvensen av ett beteende ökar
Besträffning	Ett stimuli presenteras eller tas bort till följd av en respons	Frekvensen av ett beteende minskar
Utsläckning	Ett tidigare förstärkande stimulus följer inte längre av en respons	Frekvensen av ett tidigare förstärkt beteende minskar
Stimuluskontroll	En respons förstärks i närvaro av ett stimuli (S <sup>D</sup> ) men inte i närvaro av ett annat (S <sup>A</sup> )	Frekvensen av ett beteende ökar i närvaro av S <sup>D</sup> och minskar i närvaro av S <sup>A</sup>

Förutom dessa centrala principer för inläring grundlade Skinner också en särskild forskningsansats för studiet av beteenden, en ansats som gick under namnet *The experimental analysis of behavior*. Inom denna metodologi var fokus på att finna påverkbara samband mellan yttre stimuli och beteenden utan att hänvisa till sådana variabler som ej var tillgängliga för direkt observation. Fokus för studierna var operant beteende och förändring i beroendevariabler till följd av yttre experimentell påverkan. Mätningen av beteendefrekvens var automatiserad och relevanta variabler studerades under längre tidsintervall. Antalet studier på operanta principer och operant inläring hos djur ökade snabbt och tidigt under 1950-talet började man också studera hur dessa principer kunde visa sig gälla också för människor. Forskning som snart skulle visa sig få implikationer i form av klinisk tillämpning.

## Antalet studier på operanta principer och operant inläring hos djur ökade snabbt och tidigt under 1950-talet började man också studera hur dessa principer kunde visa sig gälla också för människor.

### Tidiga beteendemodifierande insatser - 1920-tal och framåt

I takt med att kunskaperna och teorierna om inläring ökade i antal, precision och omfång, ökade också antalet exempel på hur inlärningsprinciper applicerades och användes för att förklara och behandla maladaptiva beteenden hos människor. Exempelvis kan nämnas John B. Watsons och Rosalie Rayners studie (1920) där man visade och beskrev inläring av rädslorrespons hos ett 11 månaders spädbarn, en studie av Mary Cover Jones (1924) där hon beskrev avinläring av rädslorrespons hos en 34 månader gammal pojke genom gradvis presentation av betingade rädslostimuli, O. Hobart Mowrer och Willie M. Mowrers studie där man behandlade enures utifrån Pavloviansk inläring (1938) samt flertalet ryska studier där man applicerade reflexologi för att förklara och behandla olika beteendeproblem. Dessa personers arbete kan sägas visa på den begynnande förändring som pågick inom psykologins forskningsområde. Det dröjde dock ytterligare några år innan beteendeförändrande arbete, med sin bas i inläringsteorier, kunde formuleras som en ny terapeutisk skola. Det var först i Sydafrika och i England, samt till viss del i USA, som man nådde den status så att det var möjligt att tala om en ny rörelse inom klinisk praktik.

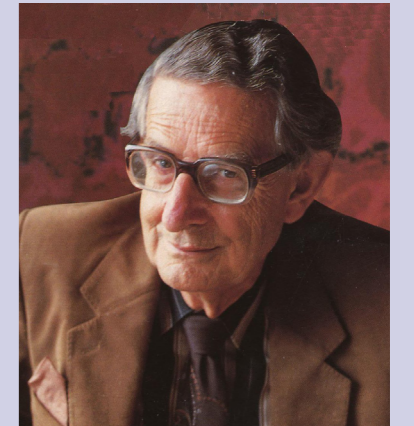
**Joseph Wolpe** (1915-1997) var psykiater verksam i Sydafrika som under 1940-talet kom i kontakt med Hulls teorier om inläring. Wolpe, som redan var bekant med Pavlovs forskning kring inlärd reflexer, påverkades starkt av Hulls sätt att beskriva, kombinera och kvantifiera beteenden, och tyckte sig se centrala neurala komponenter i Hulls teori. I sin doktorsavhandling studerade han principer som skulle kunna möjliggöra utsläckning av neurotiska beteenden och kom fram till att neuroser var ett resultat av aversiv inläring, och kännetecknades av fysiologiska reaktioner i form av autonoma responser. Wolpe kallade dessa inlärd kroppsliga reaktioner för "ångest" och beskrev hur ångest förstärkte responser genom att fungera som en *drive* (enligt Hulls teori). Alla responser (*anxiety responses*) som minskade kontakten med ett stimulus som väckte ångest förstärktes (*anxiety drive*). I sina försök att finna ett sätt ut släcka ut ångestresponser utgick Wolpe från principen om reciprok inhibition där en respons kunde hämmas eller hindras genom aktivering

av en antagonistisk respons. Då ångest bestod av autonom aktivering av det sympatiska nervsystemet försökte han finna sätt till parasympatisk aktivering vilket teoretiskt skulle minska styrkan i ångestresponserna. Wolpe studerade detta hos människor genom att gradvis presentera stimuli som väckte ångestresponser samtidigt som han sökte stimulerade aktivering i det parasympatiska nervsystemet genom exempelvis avslappning, träning i assertivness eller genom sexuell upphetsning.

Wolpe var kanske den första som formulerade metoder för att systematiskt förändra problematiska beteenden, och var en inflytelserik person i uppkomsten och utvecklingen av beteendeterapi som behandlingsform. Redan 1952 hade han beskrivit och framgångsrikt använt metoder för systematisk desensibilisering (avinläring av ångestresponser med reciprok inhibition), assertivness-träning och sexualterapi. Förutom detta bidrog han till utvecklingen av en beteendeterapeutisk disciplin genom att starkt betona kopplingarna mellan forskning, teori och klinisk praktik, genom att betona terapeutens roll som pedagog och terapi som en inlärningsprocess, genom att lägga mer fokus på bedömning och baslinjemätningar och genom sin kliniska forskning där han mätte behandlingsutfall på samtliga sina patienter som före behandlingen

uppfyllde vissa kriterier. Dessa influenser går att se idag inom modern terapeutisk praktik.

Wolpe hade också viss kontakt med en annan forskare, **Hans Eysenck** (1916-1997) vid Maudsley Hospital i London som också var en stark motståndare till traditionell psykioterapi som den då bedrevs. Eysenck, en experimentellt skolad psykolog, var intresserad av psykioterapeutiska metoder som fokuserade på konkret beteendeförändring samt på klinisk utvärdering av psykioterapeutiska metoder. Eysenck utgick, liksom Wolpe, från Hulls idéer när det gällde att förklara uppkomsten av psykiatriska störningar och hur de borde behandlas, och han bidrog också stort till att stärka statusen för experimentella



Hans Eysenck

metoder och beteendemodifierande insatser inom psykologin genom den artikel han publicerade 1952. I denna artikel gick Eysenck igenom effekter av psykioterapi och fann inget stöd för att psykoanalytiskt orienterad behandling var bättre än spontan förbättring, något som starkt utmanade den syn som då var förhärskande vad gällde hur man behandlade psykiska besvär. Eysenck ledde forskningsdivisionen inom den psykologiska institutionen vid Maudsley Hospital och kom att forma ett förhållningssätt till psykologisk behandling som kännetecknades av klinisk utvärdering och principnära forskning. Kollegor till Eysenck som alla hade stort inflytande för utvecklingen av inläringsteoretiskt orienterade metoder

var M.B Shapiro, H.G. Jones, V. Meyer, och A.J. Yates. De arbetade under 1950-talet med att tillämpa inlärningsprinciper (utifrån Hulls, Guthries och Mowrers teorier) i behandling av varierande psykiska besvär och studerade flertalet

## Wolpe var kanske den första som formulerade metoder för att systematiskt förändra problematiska beteenden.

terapeutiska tekniker såsom beteendemässigt gradvis närmande, biofeedback, *aversion relief* (att aversivt betinga problembeteendet), och *negative practice* (att frivilligt upprepa problembeteendet), tekniker som i varierande utsträckning hade effekt på efterföljande metoder inom disciplinen.

I USA var utvecklingen inte lika tydlig och inte heller centrerad till någon specifik plats. Istället pågick forskning samtidigt på flera håll i landet kring hur



man skulle kunna förändra problembeteenden. Samtliga med utgångspunkt i inlärningsprinciper. Här kan nämnas K. Dunlaps arbete med att eliminera problematiska invanda beteenden genom *negative practice* runt 1930, W.L. Voegtlin och F. Lemerers arbete med aversions-terapi på 30-talet där de behandlade alkoholism genom aversiv betingning av stimuli relaterade till alkohol, och A. Salters arbete med *Conditioned reflex therapy* (att förstärka konkurrerande stimuli till problematiska responser). Samtliga dessa utgick främst från de inlärningsprinciper som presenteras av ryska fysiologer och av Watson samt från Hulls och Guthries teorier för inläring och beteendeförändring. De första som under 50-talet genomförde experimentella studier kring hur operanta principer för inläring kunde tillämpas på människor var B.F. Skinner och Ogden R. Lindsley i sina studier av psykotiska slutenvårdspatienter samt Sidney W. Bijou som studerade barn och beteendeproblem. De försökte etablera en experimentell metodologi med vilken det var möjligt att studera människors beteenden, en metod som innebar studiet av fria operanter, presentation av diskriminativa stimuli och konsekvenser av responser automatiskt, samt kontinuerlig automatiserad mätning av beteenden. Man fann att samma metoder och principer som använts för att studera och påverka djurs beteenden var möjliga att använda även på människor.

#### Ett nytt paradig inom psykiatrisk vård - beteendeterapi - 1960-tal

Första gången termen "beteendeterapi" användes i litteraturen var 1953 i en icke-publicerad rapport av B.F. Skinner, H.C. Salomon och O.R. Lindsley, där de refererade till sitt användande av operanta inlärningsprinciper i sina studier av psykotiska patienter. Oberoende av detta använde A.A. Lazarus, som studerat under Wolpe i Johannesburg, beteckningen "beteendeterapi" 1958 och hänvisade då till

sitt arbete med reciprok inhibering i behandling av neurotiska patienter. H. Eysenck använde benämningen "beteendeterapi" 1959, och beskrev då hur moderna inlärningsteorier tillämpades i behandlingen av neurotiska patienter vid Maudsley Hospital. Namnet beteendeterapi blev allmänt spritt framförallt genom den omfattande forskning som bedrevs där och som presenterades i flertalet studier och böcker.

Beteendeterapi, som gemensam terapiinriktning, formulerades och blev mer tydlig under 1960-talet då olika teoretiska och terapeutiska strömningar från olika delar av världen formerats och enats kring gemensamma grundläggande ställningstaganden vad gäller procedurer och principer. Faktorer som sannolikt underlättade detta var det ökande antal publicerade artiklar under rubriken "beteendeterapi" i psykologiska tidskrifter (den första beteendeterapeutiska tidskriften *Behaviour Research and Therapy* publicerades 1963) samt att centrala personer inom fältet började röra sig mellan kontinenter (S. Rachman, som arbetat under Wolpe i Johannesburg, flyttade till England och Maudsley Hospital 1959, J. Wolpe tillbringade ett år i USA 1956 för att sedan bosätta sig där 1962 och A.A. Lazarus arbetade i USA under 1963 för att sedan flytta dit permanent 1966) och därigenom underlättade spridningen av beteendemodifierande metoder och teorier. Den första professionella organisationen för beteendeterapi, Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT) grundades i USA 1966 och fungerande sammanbindande genom nyhetsbrev och en årlig konferens, något som möjliggjorde ett forum för diskussioner och spridning av ny forskning.

Även om olika beteendeterapeutiska skolbildningar skilde sig åt beträffande teoretiska utgångspunkter, centrala beteenden, vilka tekniker man använde sig av, samt beträffande studiemetoder,

så gick det nu att se flertalet centrala likheter mellan de terapeutiska inriktningar som formerats under ett inlärningsteoretiskt paradig. Det man delade uppfattning kring (och som också kan spåras till moderna psykoterapeutiska inriktningar) var:

- En beteendeorienterad syn på avvikelser: Alla beteenden, normala eller maladaptiva, friska eller sjuka, lärs in, vidmakthålls och kan förändras utifrån samma inlärningsteoretiska principer. Det finns ingen kvalitativ skillnad dem emellan.
- Den nära kopplingen mellan experimentell forskning och praktisk tillämpning: Tekniker som används för att förändra beteenden vilar i grunden på forskning kring inläring och teorier som härletts därur.
- Ett konkret fokus på beteenden: En beteendeterapeut har som mål att uppnå en observerbar förändring i de beteenden för vilka en person söker vård, och detta utan att referera till eventuella underliggande variabler.
- En gemensam metodologi: Beteendeterapi kännetecknas av kontinuerlig mätning och experimentell utvärdering både vad gäller grupper av individer och enstaka fall.
- Ett uttalat fokus på beteenden vad gäller diagnostik, mätning och behandling: Snarare än att kategorisera en individ utifrån diagnostiska typer söker man efter att ställa en beteendediagnos (jfr. beteendeanalys) som ska fungera vägledande för val av behandlingsmetod. Man utvärderar förändring i beteende utifrån direkta observerbara förändringar och behandlingen utgår ifrån den initiala beteendebeskrivningen och kontinuerlig mätningar.

En enad front för psykologisk praktik och forskning med vetenskaplig ansats.

#### Referenslitteratur:

- Jones, M.C., (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of Behavior Modification: Experimental Foundations of Contemporary Research*. Baltimore: University Park Press.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Mowrer, O.H., & Mowrer, W.M. (1938). Enuresis - a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- O'Donohue, W.T., Henderson, D.A., Hayes, S.C., Fisher, J.E., & Hayes, L.J. (2001). *A History of the Behavioral Therapies: Founders' Personal Histories*. Reno: Context Press.
- Thorndike, E.L. (2000). *Animal Intelligence: Experimental Studies*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Watson, J.B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Watson, J.B. (1930/1966). *Behaviorism* (6:e omtryckningen). Chicago: University of Chicago Press.

**Första gången termen "beteendeterapi" användes i litteraturen var 1953 i en icke-publicerad rapport av B.F. Skinner, H.C. Salomon och O.R. Lindsley.**



Liria Ortiz

## Motiverande samtal i arbete med våld i nära relationer



GOTHIA FÖRENING

## NYHET!

### Handfast MI-bok

Motiverande samtal i arbete med våld i nära relationer och två dagarskurs med boken som kurslitteratur!

Kursledare Liria Ortiz  
Info: Liria.Ortiz@gmail.com



Brev till alla som är med i föreningen:

## Vad förstärker beteendeterapeuterna?

Under 2013 har sittande styrelse kommit in på frågorna: Vilken sorts klimat är en bra grogrund för att de som är med i föreningen startar samtal om hur beteendeterapi kan användas i samhället? Vad uppmuntrar att man engagerar sig i föreningen? Vi vill med det här brevet föra upp dessa frågor till diskussion inom föreningen, samt problematisera att det enligt stadgarna åligger styrelsen att göra medlemskapsbedömningar. Vi tar vårt avstamp i vad vi ser som viktiga syften med föreningen och tittar sedan på hur vi tror att vi bäst rör oss ditåt.

### En fortsatt relevant förening

En utmaning i dagens samhälle är att sprida KBT, så att fler personer som lider av tillstånd där KBT har stöd i forskningen får tillgång till behandling. Föreningen kan till exempel arbeta mer med en proaktiv marknadsföring om KBT och intressera sig mer för vilken information beslutsfattare för vård och omsorg baserar sina beslut på. Ju mer föreningen fungerar som en plattform och inspirationskälla för medlemmarna till initiativ för spridning av KBT, desto bättre.

En annan utveckling är att KBT:are intresserar sig för att tillämpa sina kunskaper om beteendeförändring i sammanhang som ligger utanför terapirummet och sjukvården. BTF är ett ypperligt forum för spännande och initierade diskussioner kring hur vi kan arbeta med aktuella samhällsfrågor.

### Närande miljö

Eftersom vi vill främja aktivitet enligt ovan ställer vi oss frågan hur vi inom BTF förstärker att personer engagerar sig i föreningen. Biglan och Embry (2013) definierar prosociala och närande miljöer som rika på positiv förstärkning, där man ägnar uppmärksamhet åt varandra och stöttar varandra att inta ett icke-värderande förhållningssätt till sina egna tankar och känslor, och där miljön uppfattas som icke hotfull. Ett sätt att omsätta detta i praktiken är att vi utgår ifrån att alla som söker sig till föreningen är, eller har en ambition att bli, duktiga inlärningsteoretiker, beteendeterapeutiska behandlare eller på andra sätt "beteendeförändrare" med grund i teori och metod som ligger inom föreningens intressesfär.

### Att vara medlem

Utvecklingen har gått från att BTF medverkade till att lansera KBT i Sverige, till en ny tidsanda med nya utmaningar. Kanske behöver reglerna kring medlemskap i föreningen anpassas till behovet av att sprida kunskaper om beteendeförändringar på bred front och till nya områden.

### Inbyggd kugge i hjulet?

BTF har sedan starten 1971 haft två former för medlemskap. De som har en grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning på KBT kan bli medlemmar och rösta på årsmöten och bli invalda i styrelsen. Personer som inte har sådan utbildning, eller inte har intygat att de har det, kan bli stödmedlemmar. Medlemskapsbedömningar tar tid och energi i styrelsearbetet. Det finns också ett inslag av godtycklighet i var vi drar gränsen för vilken sorts utbildning som ska ge medlemskap. Många potentiella medlemmar som är kunniga och intresserade och som inte uppfyller våra krav har känt sig avvisade eller avstått från att överhuvudtaget försöka gå med i BTF. **Vi är några i styrelsen som menar att denna koppling mellan medlemskap och utbildning är olycklig.**

### Behandlarlistan berörs inte

Medlemskapsbedömningar hänger som det är nu delvis samman med och blandas ofta ihop med möjligheten att stå med på behandlarlistan. Vi vill därför poängtera att vi tänker oss att det går att ha kvar reglerna för att stå med på behandlarlistan, oavsett om vi gör förändringar kring hur man blir medlem i föreningen. Styrelsen har också börjat undersöka huruvida det är intressant för BTF att ansluta sig till den europeiska paraplyföreningens (European association for behavioural and cognitive therapies, EABCT) riktlinjer för utbildning och handledning i KBT. Det skulle innebära att man genom BTF kan bli ackrediterad som behandlare i KBT på en europeisk nivå.

### Farhågor kring förändring kring medlemskapsbedömningar

**Styrelsen är inte enig i sin bedömning av funktionen och konsekvenser av medlemskapsbedömningar.** I diskussionen i styrelsen har det framkommit farhågor kopplade till den viktiga frågan om kvalitet på behandling. Kan föreningens strävan att behandlare ska ha tillräcklig kunskap och färdigheter i KBT påverkas negativt av att vi tar bort vår egen kontroll kopplat till medlemskapet? Har BTF:s gransdragningar i medlemskapsbedömning påverkat utbildningsarrangörer att inkludera viktiga moment i grundläggande psykoterapiutbildningar? Och minskar sådan påverkan om BTF upphör med medlemskapsbedömningar? Kan föreningens arbete påverkas negativt om personer i framtida styrelser inte har en grundläggande psykoterapiutbildning i KBT? Frågorna är skarpa och värda att ta på högsta allvar!

### Förslag för fortsatt arbete med frågan

Syftet med detta brev är att föra fram de större resonemang kring klimat och innehåll i föreningsarbetet som styrelsen menar hänger samman med frågan om medlemskapsbedömningar. Vi hoppas att både medlemmar och stödmedlemmar tar sig tid att tycka till och diskutera hur ni vill att föreningen ska verka framöver och hur ni tror att vi åstadkommer detta! Vi ser att KBT-listan kan vara ett forum för sådan diskussion. Ni får också gärna inkomma med insändare/artiklar till Beteendeterapeuten med tankar om medlemskategorierna och deras inverkan på föreningslivet.

En slopad bedömning kring medlemskapet kräver ändrade stadgar och därmed att medlemmar på årsmötet vid två på varandra följande år röstar för stadgeförändring med två tredjedelars majoritet. En förändring är således avhängig vad de personer som nu är medlemmar i föreningen tycker om saken.

Styrelsen kommer också att ta upp frågan på årsmötet under årskongressen 2014. Vi vill främja en diskussion kring frågor som är viktiga för föreningen och tycker att det är viktigare att den diskussionen förs än att vi redan kommande årsmöte ska rösta kring något förslag till förändring.

### Väl mött!

### Beredningsgruppen kring medlemskapsbedömningar i styrelsen 2013

Maria Gustafsson, Torun Kallings, Gösta Liljeholm, Björn Paxling, Graciela Rovner



# ACT för ungdomar

## -workshop med Louise Hayes

**Samtalskort med bilder, mobilappen "Talking Tom Cat" och visuella övningar är användbara redskap i ACT-arbete med ungdomar. Shervin Shahnavaz rapporterar från workshopen med Louise Hayes.**

Text och foto: Shervin Shahnavaz

*"Forget explanations and talking. Just give them the experience and try to find out what they find".*

Ungefär såhär inledde Louise Hayes sin workshop i Stockholm. Louise Hayes menade att hon försöker erbjuda ungdomar nya upplevelser och erfarenheter istället för att konfrontera dem med öppna frågor om tankar och känslor i det terapeutiska rummet.

Louise Hayes uppmärksammade workshopens deltagare på den ständiga kritik från vuxenvärlden som ungdomar utsätts för. Att ungdomar är lata och själviska är t ex en vanlig kulturell uppfattning. Hon betonade att tonåren inte är ett problem som ska lösas av vuxna. Många ungdomar är omgivna av en negativ vuxenvärld och därför är de i stort behov av validering. Många föräldrar är rädda för lidande och vill inte att ungdomarna i sitt utforskande av världen ska möta lidande. I själva verket är ungdomarnas risktagande och förkärlek till det okända evolutionärt betingat menar Hayes. Risktagande är funktionellt och en motkraft mot depression och passivitet under ungdomsåren, menade föreläsaren. Ungdomar ska inte behöva avstå från risker men behöver utveckla medvetenhet om de risker de tar och agera balanserat. Hayes menade att många riskabla beteenden i vår tid inte ser så riskabla ut som de borde, vilket är ett problem. Aktivt deltagande i sociala medier såsom Facebook verkar t ex tryggt och säkert men kan i själva verket innebära

stort risktagande. Louise Hayes presenterade en förenklad ACT-modell för barn och ungdomar som hon kallar för BOLD och står för Breathe, Observe, Listen to your values and Decide. Hexaflex-modellen är sammanfattad och förenklad enligt figuren nedan.

Det är också viktigt att ta in hur kontexten skapas för ungdomar i samband med interventioner. Inför olika övningar berättar t ex Hayes för ungdomar: "Vi ska tillsammans genomföra olika experiment som kan kännas märkliga att genomföra. Det kan kännas märkligt även för mig, trots att jag har gjort dem många gånger. Det finns inget rätt eller fel här, och vi ska försöka ta reda på vad som händer när vi gör dessa övningar. Vågar ni prova?"

Många övningar presenterades under workshopdagarna. Några exempel:

- Visuella övningar, t ex en bild som visar en hund i regnet. Föreställ dig att du var uteläst som denna hund - vad skulle hända när du fått komma in? Vad skulle skillnaden mellan dig och hunden vara efter att ni kommit in i värmen? Hunden skulle bli glad att få komma in i värmen när den har varit uteläst medan vi människor ofta tar in dåtid till nutid och även när vi är i värmen skulle vi vara arga på oss själva eller på t ex föräldern som bär skulden till att vi blev uteläst.
- Att använda appen Talking Tom Cat (en katt som upprepar vad man säger)



ACT samtalskort som används i värderingsarbetet.

för att uppnå defusion var ett av de innovativa inslagen som presenterades under workshopen. Föreläsaren betonade dock vikten av att börja träning med värdenetala ord för att sedan försiktigt testa värdeladdade ord och påståenden. Louise Hayes ber ofta barn och ungdomar att rita sina upplevelser. Hon frågar "What is it like to be you?" och ber därefter personen rita svaret. Dessa övningar kombinerar hon med andning och övningar i mindfulness. I övningarna betonar hon acceptans för känslor. Alla känslor, oavsett negativa eller positiva är helt ok, detta till skillnad mot vissa skadliga beteenden som man behöver lära sig kontrollera.

• I värderingsarbetet använder hon sig av bland annat kortspel: På korten står söka frihet, känna tillit, känna tillhörighet, söka visdom, be om hjälp, osv. Louise Hayes lägger ibland ut korten på ett bord och ungdomar får plocka ett och prata om det (ACT samtalskort,

**Många ungdomar är omgivna av en negativ vuxenvärld och därför är de i stort behov av validering.**



Louise Hayes och Shervin Shahnavaz.

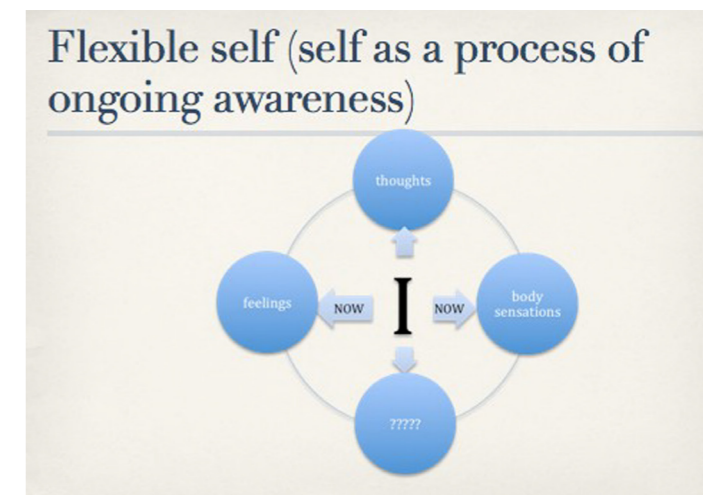
finns på svenska och kan beställas på livkompass.se).

De modeller Hayes presenterade för arbete med självet som kontext och process istället för självet som innehåll var mycket intressanta. Jag upptäckte en parallell till modellen för "Ångestens onda cirkel", bland andra presenterad i David Clarks och Adrian Wells arbete med ångestsyndrom. Jag brukar ofta rita denna modell tillsammans med mina patienter för att kartlägga relationen mellan tankar, känslor, kroppsliga reaktioner på hot och beteenden. I Hayes modell nedan symboliserar avståndet mellan I och cirkelarna (tankar, känslor samt kroppsliga förmimmelser) graden av självet flexibilitet. På detta sätt visade hon konkret hur självet rörelsefrihet ökar tack vare ACT-interventioner.

Jag insåg efter Louise Hayes workshop att jag omedvetet har arbetat med de självprocesser hon beskriver när jag ritat onda cirkeln tillsammans med mina patienter. I framtiden kan jag på ett smidigt sätt integrera dessa två modeller. Det kan bidra till att patienter kan få ut mer av modellen (onda cirkeln) som under lång tid haft en central position i mina behandlingar.

### Referens:

Ciarrochi, J., Hayes, L., & Bailey, A. (2012). *Get Out of Your Mind and into Your Life for Teens: a Guide to Living an Extraordinary Life*. Oakland, CA: Instant Help.



Modeller presenterade av Louise Hayes vid workshop i Stockholm 2013. Åhörarkopior finns på humanact.se



# Rapport från sfKBTs årsmöte i Helsingborg

**BTF:s systerförening sfKBT hade årskonferens i oktober. Björn Paxling var på plats och rapporterar om både intressanta föreläsningar och en trevlig stämning, som känns igen från BTF:s motsvarande arrangemang.**

Text och foto: Björn Paxling

BTF har de senaste åren haft ett allt närmare samarbete med vår systerförening sfKBT, men av olika anledningar har jag som ordförande gång på gång missat deras årskonferens vilket känns tråkigt. I år hölls konferensen i Helsingborg den 17-18:e oktober, och jag hade den stora glädjen att närvara vid såväl föreläsningar som årsmöte och fest. Årskonferenserna i sfKBT arrangeras av någon av deras lokalföreningar, och 2013 var det sydsvenska föreningen som höll i planering och genomförandet. Lokalen var Dunkers kulturhus, en fantastiskt vacker byggnad belägen precis invid havet, och som om detta inte var tillräckligt så fick alla konferensbesökarna fritt tillträde till alla utställningar på kulturhuset! Den som är van vid att besöka BTF-kongresser skulle känna igen den trevliga stämningen som rådde under mötesdagarna där fokus till lika stora delar låg på programpunkter som på mingel och umgänge. Vad

deltagarantalet beträffar så uppfattade jag ett visst missnöje med att strax under 100 personer tagit sig till Helsingborg, det verkade som att de flesta hade räknat med en större uppslutning. Min erfarenhet är att olika typer av konferenser och olika storlekar på dem helt enkelt ger olika upplevelser – om jag åter jämför med BTF-kongresser så upplevde jag sfKBT-mötet i Helsingborg lite som BTFs årskonferens i Östersund 2012 där vi var förhållandevis få och fick till en mysig och familjär stämning.

Temat på årskonferensen var “Bruk, missbruk och beroende i den moderna tiden” vilket gestaltades från ett flertal olika perspektiv. Alla programpunkter låg i ett spår vilket gav fördelen att alla deltagare lyssnade på samma föreläsare och kunde ha upplevelserna av dessa som utgångspunkt vid fikaminglandet. Programpunkterna var också förhållandevis långa, mellan en och två timmar, vilket innebar att det i sin helhet bestod av fem föreläsningar (samt årsmöte och middag förstås).

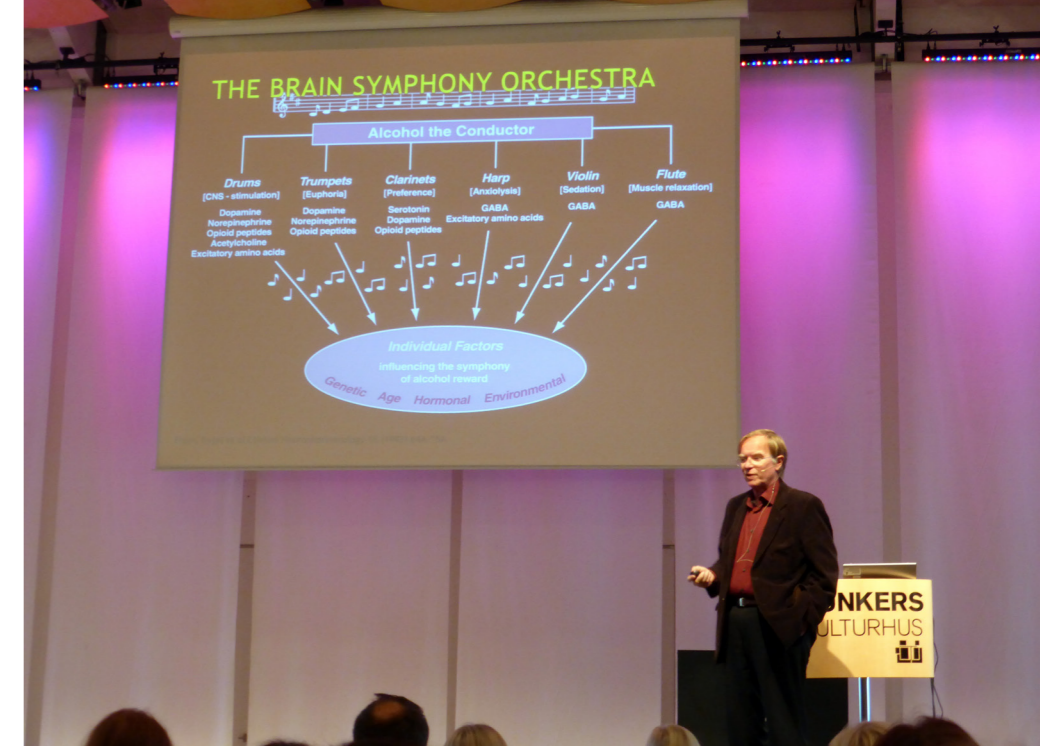
Den första programpunkten bar titeln “Var är du? Människan och mobilen” och hölls av Katarina Bjärvall, journalist och författare. Bjärvall berättade att hon oftare föreläser för allmänheten på bibliotek och liknande, men att det skulle bli spännande att få tala med oss som arbetar direkt med människor som mår dåligt. Hennes grundtes är att den moderna människan använder mobiltelefoner för mycket, att vi kan sägas ha ett mobilmissbruk, och att följderna av detta är oklara men potentiellt förödande. Hon gick igenom diagnostiska kriterier för missbruk såsom dosökning, abstinens, misslyckade försök att sluta osv, och argumenterade för att dessa kriterier

stämmer väl in på hur mobiltelefoner används idag av många och hon slog sedan fast att mobiltelefonberoende är vanligt. Bjärvall baserade sin presentation på sina böcker som i sin tur baseras på litteraturstudier, intervjuer med forskare och mobilanvändande, och eget resonering och funderande. Flera aspekter som lyftes fram var intressanta, som hur en sociolog vid Lunds universitet lyft fram begreppet “hänsynsfull ouppmärksamhet” för att beskriva hur vi i exempelvis kollektivtrafiken kan lyssna på privata samtal men låtsas som att vi inte hör dem för att vara hövliga (som ett sammanträffande så är detta något som sker just i skrivande stund då denna artikel författas på ett tidigt tåg mellan Malmö och Linköping).

Ämnet Bjärvall diskuterar intresserar mig verkligen, men tyvärr blev det under föreläsningen svårare och svårare för mig att ta in de intressanta aspekterna då jag successivt blev alltmer störd över hur Bjärvall polariserar mot mobilanvändande. Att använda mobiltelefoner betecknas av Bjärvall som något asocialt, något man gör för sig själv och som står i kontrast mot att umgås med andra i “verkligheten”. Resonemangen känns igen från de som kritiserar dator- och internetanvändning, exempelvis har jag i egenskap av forskare inom internetterapi fått ofta fått frågan om det inte är bättre att kommunicera med patienterna “på riktig”. Från mitt perspektiv blir detta ett väldigt begränsat och underligt sätt att se på mänsklig kommunikation och interaktion där vissa bestämda former (att vara fysiskt närvarande i nära anslutning till varandra, att ha ögonkontakt, att kommunicera med talat språk) på något vis ses som mer “verkligt” än andra former

(såsom telefonsamtal, att chatta/maila, samarbeta i onlinedokument, skriva brev osv) som då rimligen ses som “överkliga”. Utifrån min forskargrups undersökningar om terapeutisk allians i internetbaserad KBT så vet vi att våra patienter upplever en lika god samarbetsallians med sin nätbehandlare som patienter i sedvanlig psykologisk behandling brukar skatta att de har med sin psykolog, de upplever alltså inte att de har terapi med en dator, utan via en dator vilket är en betydande skillnad som tyvärr går många förbi. Det blir lite orättvist att alltför starkt kritisera Bjärvalls teser då hon är uppriktig med att hon inte är forskare (vilket bland annat tar sig uttryck i rent konspiratoriska idéer om hur tilldelning av forskningsmedel går till samt rent felaktiga påståenden om att det inte finns någon forskning i Sverige om mobilstrålnings potentiella skadeverkan), men jag tycker det är tråkigt att detta potentiellt spännande ämne fullständigt drunkade i lösryckta påståenden och polarisering som för min del skapar ilska snarare än intresse. Frågestunden mot slutet höjde nivån ordentligt där en fråga exempelvis handlade om hur porrsurfandes inverkan på potens kan jämföras med överanvändande av sociala nätverks inverkan på “relationell impotens”.

Efter en trevlig fika med en psykologstudent från Linköping, en vårdcentralanställd från Kronoberg och kollega från Psykologpartners så höll läkaren och författaren Bengt Sternebring en både informativ och humoristiskt framförd presentation med titeln “Vad händer i hjärnan vid beroende – när passerar vi gränsen för skadliga effekter och vilka är de?”. Sternebring inledde sin presentation med en mycket kort summering av människans historia: “Vi reste oss upp, vi började tänka – då började eländet!”. Huvudsakligen låg fokus sedan på alkoholmissbruk och beroende, med koppling till hur senaste DSM-manualen och ICD-11 ser på problematiskt alkoholbruk som något som går att placera på en skala mellan riskbruk-missbruk-beroende. Sternebring gav en detaljerad neuropsykologisk beskrivning av hur vi reagerar vid missbruk och beroende, och framhöll att det mesta går att behandla/



Bengt Sternebring om hur alkohol som ”dirigent” spelar på hjärnans olika system.

hantera med KBT, men att sjukvården bör dämpa abstinens farmakologiskt. Forskning om att alkoholister inte genererar nya celler i hjärnan vid abstinens presenterades, och Sternebring menade att vi inte bör använda benzodiazepiner vid missbruk, men att detta ändå sker väldigt frekvent. Problemet med just benzo är enligt honom att det efter en längre tid interagerar problematiskt med dopaminfrisättningen. Den i missbruksvården gamla “sanningen” om att före detta alkoholister inte kan lära sig ett måttligt drickande kom på skam i Sternebringens presentation, han berättade hur han brukade säga till patienter som önskade detta att “vill du dricka lite så ska jag lära dig dricka lite, men går inte det så är det avhållsamhet som gäller”. Sammantaget en informativ och underhållande presentation!

Efter dagens presentationer om olika perspektiv på missbruk och beroende så hade det blivit dags för årsmöte i sfKBT. Min uppskattning är att nära hälften av deltagarna under årskonferensen även var med på årsmötet, en bra mycket större andel än vad ett BTF-årsmöte brukar locka. Möjligtvis kan den höga närvaron ha varit påverkad av att det varit en väldigt händelserik period i sfKBT med viktiga och även känsliga frågor på dagordningen. På förra årets årsmöte fick styrelsen nämligen inte ansvarsfrihet

då räkenskaperna inte var helt färdiga, så under mötet i Helsingborg stod två frågor om ansvarsfrihet på dagordningen. Här blev jag imponerad av hur ordförande Poul Perris och de andra i styrelsen hanterade och föredrog ärendet under årsmötet – det handlade nämligen om något så jobbigt som problem att leva upp till sitt åtagna styrelseansvar för en ledamot som varit med i styrelsen under väldigt många år och alltid tidigare gjort ett stabilt och uppskattat arbete för föreningen. Efter att själv ha varit aktiv i olika ideella föreningar under lång tid så vet jag att de som sitter i styrelser har både bra och dåliga perioder kopplat till hur livet i övrigt ser ut, och att det kan vara lätt att börja skjuta på ideella åtaganden både i kortare och längre perioder. Det jag tycker Poul gjorde så bra var att med medkänsla och värme formulera för årsmötet det tråkiga i att någon som ägnat så mycket tid för föreningen gradvis släppt viktiga delar av sitt uppdrag, samtidigt som Poul var tydlig med att kärnprocesserna i föreningen måste fungera och att medlemmarna ska kunna förvänta sig att de som ställer upp till val i styrelsen ska kunna hantera detta. För att reda i situationen har en revisor kallats in som utfört ett mycket viktigt och bra arbete – och sfKBT går nu stärkta ur denna händelse med bättre rutiner på en mängd olika områden (samt ett nytt bokföringsprogram som heter Fort Knox!). I processen har styrelsen också funnit att det inte förefaller ha varit några ekonomiska oegentligheter/försvinnande, utan vad vi snarare skulle kalla grovt slarv. Diskussionen



Katarina Bjärvall berättar om hur mobilanvändande samverkar med vårt tänkande.





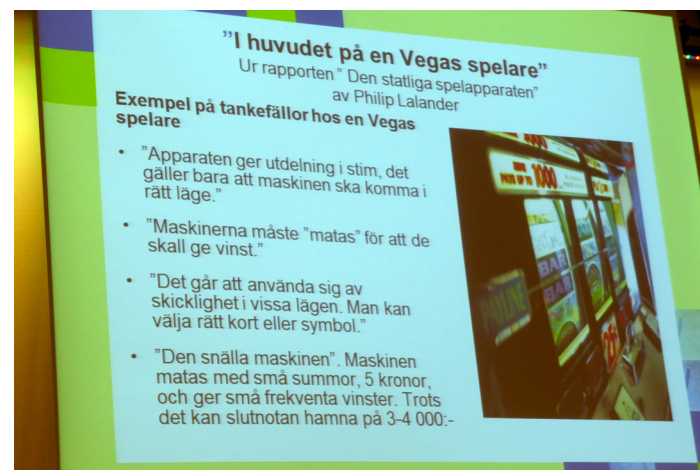
Årsmötet på gång för fullt, här har Billy Larsson från styrelsen anträt scenen.

slutade med att årsmötet beviljade både sittande och förra årets styrelser ansvarsfrihet.

Som ordförande för BTF ombads jag resa på mig under årsmötet och hälsa på alla medlemmar på plats vilket kändes roligt. Samarbetet med BTF lyftes upp flera gånger under årsmötet som en viktig del i styrelsens arbete, både vad gäller gemensamt beredande av nya former av samarbete, och vad gäller föreningarnas gemensamma satsning på EABCT2016. sfKBT har ju också en form av kvalitetsbedömning/ auktorisation av KBT-utbildningar, och här sträcktes det också ut en hand till BTF om att vi skulle kunna diskutera och fundera kring möjligheter att samarbeta i någon form vad gäller just kvalitetsgranskning – ett spännande

förslag tycker jag! Mötet avslutades med att en ny styrelse valdes där Poul Perris fortsätter som ordförande, och där i BTF-sammanhang välkända Kristoffer NT Månsson (som ju är mycket aktiv i EABCT2016-arbetet) valdes in som vice ordförande. Vi fick också veta att nästa årskonferens preliminärt kommer att ha temat transdiagnostik.

Årskonferensens middag och fest intogs sedan också på Dunkers kulturhus med fantastisk utsikt över havet. Det var fri bordsplacering vilket för mig innebar många nya trevliga bekantskaper. Arrangörgruppen hade även bokat in underhållning framåt slutet av middagen, och här blev jag förvånad över min egen reaktion. Trots att jag studerat ett antal terminer i Lund så har jag aldrig bevistat något av de omtalade lundaspexen, och ärligt talat har jag varit övertygad om att detta inte är något för mig, att det mest handlar om sexistiska och alkoholstinna skämt. Men, från första till sista nummer som de för kvällen anlätade lundaspexarna drog igenom så var jag helt fast – framförandet var suveränt,



En intressant inblick i behandling av spelmissbruk bjöd Anne Nilsson och Thomas Karlström på.

skämten roliga och grova utan att vara normtjatigt tråkiga (vilket är en bedrift i sig)! Stämningen var mycket god kvällen igenom och efter middagens slut blev det dans och fortsatta diskussioner för dem som så önskade.

Den andra dagen under årskonferensen inleddes av gruppterapeuterna Anne Nilsson och Thomas Karlström från Malmö som talade under rubriken "Till spelfrihet. KBT-grundad behandling för spelberoende enligt Liria Ortiz", ett namn som väl sammanfattar presentationen, men som också gjorde att några årskonferensbesökare trodde att Liria skulle vara på plats vilket inte var fallet. Liria kändes ändå på något vis närvarande under presentationen ändå, särskilt då Karlström utbrast "Viva Liria Ortiz!" i samband med att han berättade att hon nyligen blivit specialist i klinisk psykologi med inriktning spelmissbruk på grund av boken "Till spelfriheten" som hon skrivit. Många intressanta aspekter av spelberoende och behandling av detta gicks igenom under presentationen, bland annat om hur diagnoskriterierna förändrats i DSM-5 där kriminalitet utgått som kriterie, och där problematiken bedöms som en form av beroende jämfört med DSM-IV där det hetat spelmani och setts som en impulskontrollstörning. Nilsson och Karlström bjöd på många erfarenheter från sitt arbete som behandlare där de upplevt att spel "kidnappar människors livsenergi", något som blir än mer problematiskt där det enligt dem inte finns några spelfria zoner idag. Det finns många olika typer av spelare, men en kategori de sett särskilt ofta är unga killar som varit mycket aktiva inom idrottsvärlden som efter skada eller liknande fastnar i spelberoende. Det sker dock en förändring vad gäller kvinnors spelande, på deras egen mottagning hade det under 2011 och 2012 kommit in fler kvinnor än det gjorde totalt mellan åren 2004-2009! De menade också att den som spelat länge ofta drabbas av en form av kognitiv störning som innebär att de har en illusion om att kunna kontrollera slumpan. En svårighet i behandling är att det inte är spelandet i sig som brukar upplevas som problematiskt hos den beroende, utan följderna av spelandet såsom relationsproblem, kraschande ekonomi och stora skulder. Hos många finns en tanke om att vilja kunna spela "lagom" igen så fort behandlingen är över, och när problemen som

Huvuddiagnos	Antal n=158	Procent %
Huvuddiagnos	29	18
Pedofili	27	17
Sexuellt högriskbeteende	61	39
Hypersexualitet/excessiva sexuella beteenden	6	4
Exhibitionism	1	1
Fetischism	1	1
Voyeurism	2	1
Frotteurism	2	1
Antal: posttraumatisk diagnos, sexualfysiologiskt problem, utömlig sexualitet, överdriven sexualitet	31	19

Jonas Hallberg från Centrum för Andrologi och SexualMedicin om enbetens uppdrag och sitt eget arbete med hypersexualitet.

spelandet tidigare orsakat är tillfälligt lösta. Vad Nilsson och Karlström gör här är att enträget arbeta med att skifta fokus från de resulterande problemen till själva beroendefaktorn. Det finns dock starka krafter som drar åt motsatt håll, och det var många åhörare som blev både förvånade och förfärade när vi fick veta att Svenska spel, Casino Cosmopol och ATG marknadsför sina spel för hisnande 2 miljoner kronor om dagen! Vi lämnades sedan med statistik om spelberoende där det idag bedöms finnas 260.000 som är i riskzonen i sitt spelande, 164.000 spelberoende, och ca 350.000 närstående till spelberoende varav 71.000 barn...

## Dagarna bjöd på många trevliga möten, intressanta föreläsningar, och en ökad inblick i hur vår systerförening fungerar.

Nästa presentation hölls av psykologen Jonas Hallberg vid Centrum för Andrologi och SexualMedicin (CASM) som talade om "Sexmissbruk, sexberoende eller hypersexuell störning? – tillståndet, diagnostisering och behandling". Hallberg har tidigare talat om sitt område på BTF-kongressen i Östersund 2012, så det var spännande att få höra mer om vad som skett sedan dess! Många av åhörarna var intresserade och nyfikna på ämnet vilket resulterade i att Hallberg ofta pausade i sin välstrukturerade presentation och tog emot frågor och diskuterade med åhörarna, ett grepp som många uttryckte sin uppskattning över. De olika typerna av problem som människor vänder sig till CASM med gicks igenom, och svårigheten att hjälpa alla som vill ha och behöver hjälp beskrevs. Det finns

en prioriteringslista där personer med sexuellt högriskbeteende som tändningsmönster mot minderåriga eller annan risk för sexuella brott alltid får en bedömning inom två veckor. Stora svårigheter finns enligt Hallberg i att beskriva hur vanliga de olika problem som man arbetar med på CASM är nationellt, dels uppstår ett stort mörkertal genom att folk inte svarar ärligt på enkäter om problematisk sexualitet, och dels visar forskning på att tändning och genitala reaktioner ofta inte överensstämmer med personers egna tankar, utsagor eller tro om den egna sexualiteten. Vikten av ett respektfullt och ödmjukt bemötande poängterades, samtidigt som vikten av att vara bekväm med att som behandlare kunna använda vardagsord i kontakten med patienter. Många åhörare nickade och



Fantastiskt trevliga bordskamrater under årskonferensens middag!



## Beteendeanalys steg för steg

av Steven James Linton, Sofia Bergbom och Ida Landström Flink

Förlag: Natur och kultur  
ISBN: 9789127132146  
Utgivningsår: 2013  
Omfattning: 216 sidor

Detta är en lärobok på svenska som på ett lättförståeligt men grundligt sätt förklarar de olika delarna i en beteendeanalys. Boken är indelad i tre delar; teori, stegvis analys och praktisk tillämpning. Del I handlar om teori och bakgrund. I avsnittet beskrivs vad man menar med beteende och varför det har stor plats inom KBT. Författarna går också igenom grundläggande inlärningsteori med fokus på respondent och operant inlärning. I del II går man steg för steg igenom hur en beteendeanalys byggs upp. Man har definierat fem olika steg som kan följas för att göra en grundlig beteendeanalys:

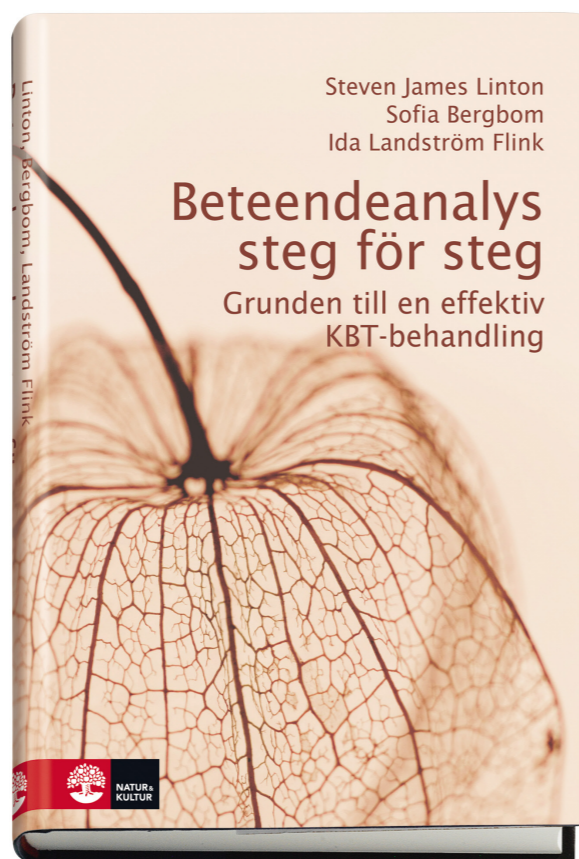
**Steg 1:** Formulera problem, där man gör en beteendeinriktad intervju som resulterar i en problemlista men även fortsätter kontinuerligt under de kommande stegen i beteendeanalysen.

**Steg 2:** Samla in data. Här tar man upp att det ofta behövs flera källor förutom den beteendeinriktade intervjun. Man går igenom hur självskattningsformulär, dagboks-registreringar, beteendeobservationer och rollspel kan användas som underlag för det fortsatta arbetet.

**Steg 3:** Göra funktionella analyser. Avsnittet handlar om hur man gör analyser av vidmakthållande faktorer för problembeteendet så som det gestaltar sig i nuläget. En viktig aspekt som tas upp är vikten av att fokusera på det konkreta och direkta för att kunna fånga kontingenserna kring problembeteendet.

**Steg 4:** Välja målsättning och åtgärder. I detta steg tänker man sig att man formulerar både ett övergripande mål med behandling utifrån klientens önskemål men även att man lägger upp konkreta mål beteenden som klienten ska uppnå. I detta steg ingår även att fundera kring diagnostik samt att konsultera litteraturen för att se vilka interventioner som är rekommenderade som förstahandsval för olika typer av problematik. Arbetet resulterar i en övergripande behandlingsplan.

**Steg 5:** Kartlägga resurser och hinder. Detta steg utgör en brygga mellan beteendeanalysen och själva behandlingen. Det hjälper klient och behandlare att se vilka styrkor man kan dra nytta av i behandlingen och vilka möjliga hinder/utmaningar som kan finnas. Det blir också en viktig del för att få fram den unika problembilden hos varje individ för att kunna planera lämpliga interventioner för just den aktuella klienten. Det ger information utöver vad som kan komma fram vid diagnostik och kan vägleda behandlaren



kring hur man ska anpassa ett manualbaserat upplägg till den enskilde individen.

Del III, Beteendeanalys i praktiken, visar hur beteendeanalyser kan se ut vid olika problem. Här tar man upp att det finns generella modeller som ofta är likartade inom en typ av problem, t ex panikångest och PTSD. Man kan alltså ta hjälp av denna kunskap för att med det stödet sedan gå vidare och individualisera sin analys. I detta avsnitt ges läsaren också möjlighet att öva på ett fiktivt fall. Avslutningsvis ger författarna tips på hur man kan lyckas göra bra beteendeanalyser i den kliniska vardagen med allt vad det innebär av knappa ramar och komplexa fall.

Boken är tänkt att användas på psykoterapiutbildningar både på högskolenivå och kortare kurser samt för professionella som arbetar med KBT. Det är en tydlig och

bra struktur i boken och den följer en logiskt indelad ordning. Det är rikligt med illustrationer i form av diagram och texturor som sammanfattar viktiga punkter. Varje del och kapitel har dessutom en sammanfattning vilket gör boken överskådlig och lätt att söka och bläddra i. Till boken finns en hemsida, [www.nok.se/beteendeanalys](http://www.nok.se/beteendeanalys), där man kan ladda ned de formulär som kan användas vid beteendeanalys.

Johan Westöö

## Emotionell bearbetning vid PTSD: Terapeutmanual vid traumafokuserad KBT

av Edna B. Foa, Elizabeth A. Hembree och Barbara Olasov Rothbaum

Förlag: Natur och kultur  
ISBN: 9789127133150  
Utgivningsår: 2013  
Omfattning: 150 sidor

## Ta tillbaka ditt liv: Vägar till återhämtning efter en traumatisk upplevelse

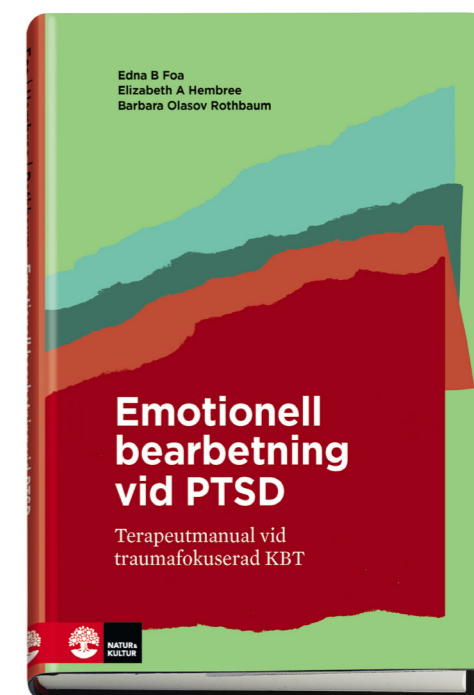
av Edna B. Foa, Elizabeth A. Hembree och Barbara Olasov Rothbaum

Förlag: Natur och kultur  
ISBN: 9789127133167  
Utgivningsår: 2013  
Omfattning: 80 sidor

I vintras kom den efterlängtdade svenska översättningen av den amerikanska manualen, som är från 2007. Jag låg i startgroparna för att påbörja en PTSD-behandling, och upplevde det som ett exempel på sällsynt god timing. Även om man inte har problem med engelskan, är det klart smidigare med en svensk version där man inte behöver fastna i översättningsrelaterade grubblerier som tar onödig tid och energi.

Målgruppen för terapeutmanualen är, inte helt oväntat, KBT-terapeuter som arbetar med behandling av PTSD. I manualens första kapitel återfinns information om diagnosen och om behandlingsmetoden. *Prolonged Exposure Therapy* (som den kallas på engelska) är den metod som har starkast empiriskt stöd vid behandling av PTSD, och som uppvisat lika bra resultat i klinisk verksamhet som i forskningsstudier. I korthet går behandlingen ut på att patienten, med hjälp av terapeuten, gradvis ska närma sig minnen och yttre situationer som förknippas med traumat, och återfinna trygghet i livet.

I följande kapitel tar man upp sådant som är viktigt för terapeuten att tänka på och ta hänsyn till inför behandlingen, till exempel vikten av att ha en god terapeutisk allians. Innan behandlingen påbörjas ska patienten genomgå en kartläggande intervju, som presenteras och kommenteras i nästa kapitel. Författarna går noggrant igenom behandlingssessionernas upplägg, med störst fokus på de första och den avslutande sessionen. Ett kapitel ägnas åt vanliga svårigheter som kan dyka upp,



såsom att patienten är över- eller underengagerad, och att känslor som ilska, skam och skuld gör det svårt att komma åt ångest/rädsla hos patienten. Här får man som terapeut flera användbara tips på hur behandlingen kan anpassas, till exempel om patienten dissocierar eller när någon har varit med om flera trauman.

Både metoden som sådan och dess (förmodat) verkamma

**Sammanfattningsvis är detta böcker som rekommenderas varmt till alla KBT:are som arbetar med PTSD-behandling.**

mekanismer presenteras på ett tydligt sätt. Manualen innehåller konkreta exempel på hur man kan informera patienter om upplägg och om hur behandlingen fungerar, samt hur man kan hantera diverse fallgropar. Arbetsboken är ett komplement som riktar sig direkt till patienten. På förlagets hemsida finns användbart extramaterial såsom informationstext om PTSD, traumaintervju, olika slags skattningsformulär att använda under och mellan sessioner, samt formulär för hemuppgifter. Sammanfattningsvis är detta böcker som

rekommenderas varmt till alla KBT:are som arbetar med PTSD-behandling, och till alla som vill börja göra det.

Anna Eriksson



## Livet är nu! Verktyg för en enklare vardag

av Ludmilla Rosengren

Förlag: KBT Ditt Liv  
ISBN: 978-91-87507-05-2  
Utgivningsår: 2013  
Omfattning: 113 sidor

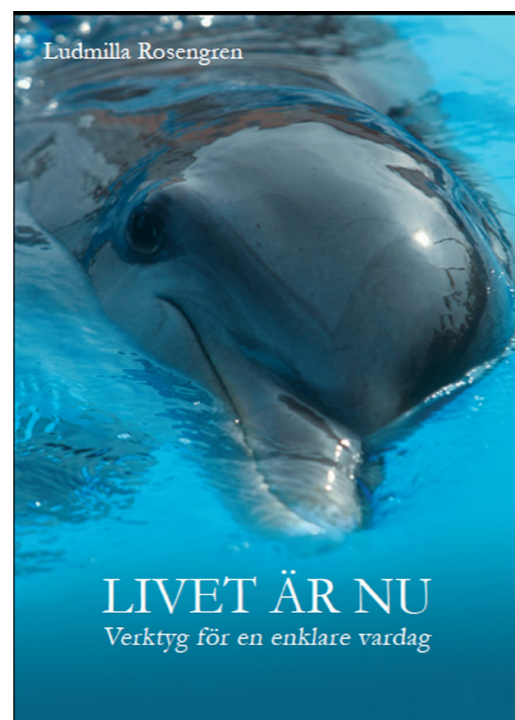
Att förklara medveten närvaro för barn och ungdomar, det låter inte helt enkelt. Själv tycker jag att det kan vara nog så krångligt att beskriva för mina vuxna patienter. Ludmilla Rosengren har, till synes oförskräckt, tagit sig an denna svåra uppgift eftersom hon vill ge sina unga läsare verktyg för att hantera livets olika svårigheter redan innan problemen uppstår. I bokens inledning beskriver hon sin egen upplevelse av att komma i kontakt med begreppen medveten närvaro och acceptans, då hennes förståelse för både sig själv och omgivningen ökade. Hon skriver att hon önskar att hon själv hade läst något om detta innan hon skulle ta sig igenom sin egen tonårstid, och att den som redan som barn lär sig verktygen kommer att vara bättre förberedd för livets svårigheter och även få en lättare vardag. Det är lätt att instämma i.

Boken vänder sig i första hand till äldre barn och yngre ungdomar (rekommenderas från cirka 11 års ålder), och författaren uppmuntrar till att läsa boken tillsammans med sin förälder eller i skolan eftersom de olika berättelserna i boken stimulerar till diskussioner. Innehållet bygger till stor del på Anna Kävers och Åsa Nilssonnes böcker om

**Helst skulle man se att denna bok användes i skolundervisningen, så att så många ungdomar som möjligt fick tillgång till verktygen.**

medveten närvaro, acceptans och relationer. Ludmilla Rosengren har vävt samman innehållet i dessa böcker, kompletterat med exempel och berättelser som passar målgruppen och anpassat språket.

Utöver förord (skrivet av Anna Käver) och inledning är boken indelad i nio kapitel. I det första av dessa beskrivs att de allra flesta människor upplever svårigheter och mår dåligt emellanåt, och att det är en del av livet. Genom att lära sig att styra sin uppmärksamhet och bli mer närvarande i nuet kan man dock bli lugnare, lyckligare och mer tillfreds. Medveten närvaro introduceras på ett lättfattligt sätt, med hjälp av en berättelse och konkreta exempel. Därefter följer kapitel som handlar om tankar, känslor, tid, kroppen, andra människor, situationen och acceptans.



I varje kapitel finns övningar som läsaren uppmuntras att göra, exempelvis att anteckna sina jobbiga tankar, notera hur olika känslor upplevs, prova att observera och beskriva en kroppsdel samt att testa olika relationsrelaterade färdigheter. Boken innehåller flera vardagliga fall exempel anpassade till åldersgruppen, illustrationer samt korta berättelser på temat medveten närvaro (och frånvaro därav). Boken avslutas med ett sammanfattande kapitel om "fjärrkontrollen" där de viktigaste punkterna i boken repeteras, och läsaren påminns om att hon i ganska stor utsträckning faktiskt kan styra hur hon mår.

Att skriva en bok på detta tema riktad till barn och ungdomar är en både god och angelägen idé. *Livet är nu* sammanfattar på ett enkelt och tydligt sätt vad medveten närvaro, acceptans och bekräftelse innebär, och hur vi kan använda oss av dessa färdigheter i vardagen. Ludmilla Rosengren lyckas också förmedla *varför* livet blir lättare med medveten närvaro. Helst skulle man se att denna bok användes i skolundervisningen, så att så många ungdomar som möjligt fick tillgång till verktygen. Även om boken i första hand riktar sig till en yngre målgrupp kan den också läsas av vuxna med stor behållning.

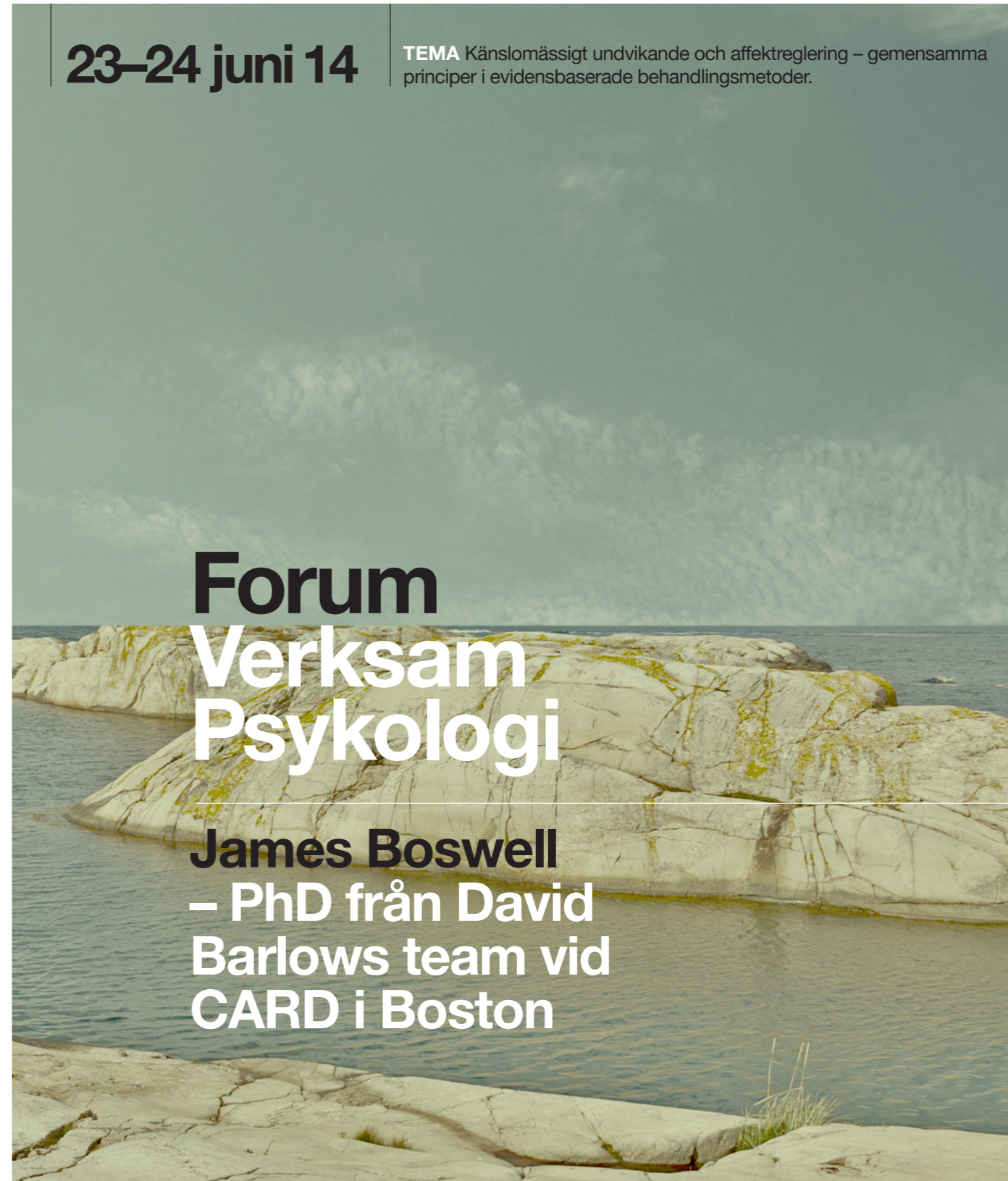
Anna Eriksson

### Vinn!

Bidra med material till nästa nummer av Beteendeterapeuten så har du chansen att vinna boken *Livet är nu!* Allt material skickas till [marvellette@hotmail.com](mailto:marvellette@hotmail.com)

23–24 juni 14

TEMA Känslomässigt undvikande och affektreglering – gemensamma principer i evidensbaserade behandlingsmetoder.



### Specialistkurser

- Unified Protocol
- IPT Nivå A + B
- Mindfulness och Compassion

[www.verksampsykologi.com](http://www.verksampsykologi.com)

► Verksam  
Psykologi



# EABCT i Marrakech 2013

**Torun Kallings höga förväntningar på EABCT-kongressen infriades. Här rapporterar hon om workshops, poolbad och den rosamålade myllrande staden i söder.**

Text: Torun Kallings  
Bild: Erica Skagius Ruiz, Björn Paxling

EABCT-kongressen i Marrakech i slutet av september i år var min första internationella KBT-kongress. Jag åkte dit med höga förväntningar och med många förprickade punkter i programboken.

## I en annan del av världen

Kongressen hölls på ett konferens- och hotellområde med vad man kan kalla för enorma stenpartier och bougainvilleabuskar i olika färger som drällde ner för murar och balkonger. Vi varvade nya lärdomar och kongresserfarenheter med ett dopp i poolen och eftersnack kring middagen. Det vill säga de av oss som inte blev magsjuka! Förstås ville vi också passa på att se något av Marrakech – staden där alla hus är målade i rosa och som har ett omtalat folkliv på torget i gamla staden. Det var korta utflykter fyllda av intensiva intryck av värme, trafik, människor. Det blev också en påtaglig påminnelse om att många människor lever i fattigdom.

## Specifika lärdomar om exponering för paniksyndrom

En av mina punkter på programmet var en workshop om exponering för paniksyndrom med professor Jürgen Margraf från Tyskland. Margraf med kollegor arbetar med intensiv exponeringsbehandling där patient och behandlare ses under fyra heldagar i följd. De börjar ofta med att patienten får stänga in sig i en garderob på kontoret, efter vilket det bär av ut på stan till höga höjder, hissar och rulltrappor med mycket folk. Lunch intas på ett populärt ställe med trängsel. Därefter görs eventuellt en tågresa

till nästa stad och upplägget repeteras. Behandlare och patient bor på hotell (på olika våningsplan) och innan man skiljs för kvällen förbereder behandlaren patienten på att denne morgonen efter kommer att uppleva en tillbakagång till mer obehag jämfört med vid första exponeringen. Under den andra behandlingsdagen börjar behandlaren hålla sig mer

**Ett återkommande budskap från flera föreläsare var bilden av KBT som en stor framgångssaga fortfarande i sin linda.**

på avstånd och låter patienten ge sig in i exponeringarna mer på egen hand. Fokus är att framkalla ångesten och stanna kvar tills den avtar. Margraf illustrerade hur han brukar komma med glada tillrop då patienten rapporterar från en exponering med hög grad av ångest! Professor Margraf presenterade en långtidsuppföljning efter 23 år som visade att 87 procent av 38 patienter som fått KBT var symptomfria. Samtliga av de 11 personer som hade fått enbart exponeringsbehandling och nu deltog i uppföljningen hade inga besvär med panikattacker, och 91 procent av dessa medicinerade inte för ångest (jämfört med 4 % före behandling). Margraf var själv exalterad över långtidsuppföljningen och det var underhållande att höra hans förtret över att 7 av de 56 personer som deltog i behandlingsstudien hade sluppit genom den tyska byråkratins nät och kunde inte spåras efter 23 år.

**En annan poäng med den här typen av kongresser tror jag är att man skapar en rikare karta över KBT-fältet.**

Sammanfattningsvis var det inga helt nya teman kring exponeringsbehandling som togs upp, men jag lämnade workshopen med intentioner att planera in terapeutledda exponeringsinterventioner med tätare intervall, under längre tid, och ute på stan. Jag kände mig träffad av Margrafs statistik från Tyskland som visade att patienter med paniksyndrom som ges exponeringsbehandling vanligtvis får detta under 45 minuter varannan vecka. Hans budskap var tydligt – detta är för lite och för sällan för att nå effekt av behandlingen. I efterhand pratade jag med kollegor om att det hade varit spännande att höra Margraf diskutera med Michelle Craske kring vikten av ångestreducering under exponering.

Några av de talare som drog många åhörare på kongressen var Judith Beck om kognitiv terapi för depression, Paul Gilbert om Compassion Focused Therapy och Paul Salkovskis om kopplingen och feedbacken mellan metodutveckling, större studier och spridning av evidensbaserade metoder. Ett återkommande budskap från flera föreläsare var bilden av KBT som en stor framgångssaga fortfarande i sin linda, så till vida att vi nu står inför utmaningen att sprida tillgången på behandling och att göra det på sätt så att de verksamma komponenterna inte går förlorade.

Så jag kommer hem från kongressen med några specifika terapeutbeteenden att börja implementera. En annan poäng med den här typen av kongresser tror jag är att man skapar en rikare karta över KBT-fältet.

## Ordbok för en EABCT-kongress

**EABCT:** European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. En paraplyförening för KBT-föreningar i Europa. Arbetar för spridandet av KBT-interventioner med stöd i empirisk forskning. Bildades på 1970-talet av beteendeterapeutiska föreningar i norra Europa. I början av 1990-talet hade kognitiva teorier och arbetsätt inkommerats så att "cognitive" inkluderades i föreningens namn. I över 40 år har EABCT årligen ordnat kongresser i olika länder i eller nära Europa. [www.eabct.com](http://www.eabct.com)

**Kongress:** en stor konferens.

**Symposium:** kortare presentationer kring forskning på ett gemensamt tema.



**Keynote:** längre föreläsning i stor sal där populär forskare eller kliniker lägger ut texten kring något tema.

**Pre-congress workshop:** heldag med övningar och rollspel med syftet att etablera nya kliniska färdigheter.

Man får ett ansikte på forskaren bakom artikeln. Till exempel kan man konstatera att Salkovskis har stå-upp-talanger. På min karta finns nu också sådant som tycker att aggression är ett centralt tema att arbeta med i landet, och vetskapen om att man på Island arbetar med transdiagnostiska gruppbehandlingar i primärvård med goda resultat.

## Stockholm 2016

Sist men inte minst har vi som var i Marocko från arbetsgruppen för EABCT-kongressen 2016 i Stockholm med oss idéer hem för hur vi ska kunna ordna en relevant och rolig kongress i Sverige. Det kommer att vara ett tillfälle för KBT-behandlare och forskare i Sverige att delta i aktuella diskussioner i den internationella forskarvärlden, samt att visa upp arbetet med KBT i Sverige. Tanken är också att det ska finnas bra tillfällen och miljöer för att smälta intryck tillsammans med invanda och beprövade KBT-kumpaner, samt skapa nya inhemska och utländska kontakter i KBT-världen. Nu arrangerar BTF och sfKBT EABCT 2016 tillsammans och vår förhoppning och tro är att detta kommer vara självklart att delta i för KBT-are i Sverige!



Erica Skagius Ruiz, Torun Kallings och Jens Døvgun Högström på väg till galamiddagen i Marrakech.



# EABCT-konferensen i Marrakech – Compassionfokuserad terapi med professor Paul Gilbert

**Compassionfokuserad terapi fungerar ofta bra vid problematik som präglas av skam och stark självkritik, enligt Gilbert. För Erica Skagius Ruiz förklarar han mer ingående vad han menar.**

Text och foto: Erica Skagius Ruiz

Medan Torun tog del av exponerings-tekniker befann jag mig på en workshop i medmänsklighetens tecken. Paul Gilbert, professor i klinisk psykologi som sedan länge undersökt skamkänslans underliggande processer och roll i olika psykopatologier, ägnar sig nu åt att utforska neurofysiologin och den terapeutiska effekten av Compassionfokuserad terapi (CFT). Under en heldag fick vi ta del av teori och praktik som lekande lätt förmedlades av en mycket hängiven Paul Gilbert.

Gilbert beskriver att upprinnelsen till CFT dels är forskning om skam och självkritik som hämmande faktorer för gott terapeutiskt utfall och dels intresse i grundläggande evolutionärt utvecklade system för reglering av psykologiska processer. Kortfattat beskriver Gilbert att CFT bygger på en stor del psykoedukation kring hur hjärnan fungerar utifrån ett evolutionärt perspektiv med fokus på anknytningsteori, sociala bias, den ”gamla” och ”nya” hjärnan i samspel med den nutida miljön. Han menar att med avstamp i denna kunskap och med praktiska terapeutiska interventioner lär sig patienten att intentionellt aktivera det system som syftar till att lugna, lindra och trösta för att hjälpa sig själv reglera känslor kopplade till ”hot-systemet” såsom ilska, rädsla, avsky och skam. Ett huvudsyfte med terapin är att slå hål på patientens uppfattning om att patienten står till skuld för de problem hon/han söker för, och ersätta den med insikten om

att de egna copingstrategierna går att förstå utifrån vad hjärnan har för förutsättningar och vilka miljöer ens hjärna har erfart. Samtidigt också ta i beaktning att hjärnan är plastisk och kan lära nytt och att det är patientens ansvar att respektfullt, modigt och vänligt ta hand om sig själv och sin hjärna för att på ett bättre sätt möta livets motgångar och tragedier. Fokus är på att lära sig reglera hotkänslor, utforska och hänge sig åt upplevda hot, mentalisering och empati, skam samt prosocial motivation (önskan att värna om och främja andras välbefinnande). I det eleganta rymliga tält vi tillbringade dagen fanns goda chanser till att öva compassionfokuserad meditation och medveten närvaro. Milda vindar fläktade, cikador spelade och ett sporadiskt fågelkvitter kunde skönjas. Omgivningen inramade temat vackert och tillsammans med Gilberts konkreta och livliga sätt att undervisa främjades inläringen.

**Ett problem i KBT kan vara att folk tror att det är deras eget fel att de mår dåligt.**

Mot slutet av dagen fick jag chans att prata lite närmare med Paul Gilbert.

Paul inleder med vad CFT kan erbjuda som tillägg till KBT.

– Ett problem i KBT kan vara att folk tror att det är deras eget fel att de mår dåligt. Att problemen beror på att de har felaktiga tankar, borde ha agerat annorlunda o s v. Det blir en uppenbarhet för dem att lära sig om hur hjärnan fungerar. Insikten blir: ”herregud, min hjärna är ju helt tokig” och mynnar

ut i en stor suck av lättnad. Självklart behöver du ju med denna vetskap ta itu med det, men det är inte ditt fel att ditt huvud (eng. mind, övers anm.) är som det är. Det blir din uppgift att lista ut hur man tar hand om sin lite ”tokiga” hjärna.

*Och det är därför som psykoedukationen är så viktig?*

– Precis, den är essentiell, det är psykoedukation som bygger grunden för resten av terapin genom att belysa det faktum att patienten inte står till skuld för sina problem, samt att compassion hjälper patienten att agera på andra sätt som är mer hjälpsamma i längden tack vare nyinläring och omstrukturering.

*I terapin, vad skulle vara tecken på att CFT är en bättre approach?*

– Vi försöker att inte uttala oss om ”bättre” eller ”sämre” då vi inte är säkra på det forskningsmässigt, men de patienter som vi brukar föreslå passa för CFT är de som har mycket skam och självkritik, vilket är vanligt i problem som till exempel ätstörningar, depression och psykos. De personerna har ofta inte ett speciellt vänligt inre liv.

*Vad för uppträdande hos patienter signalerar mycket skam och självkritik?*

– Hur patienter pratar om sig själva, vad de tycker om sig själva, hur de hanterar känslor, vad de är rädda för. Den främsta indikatorn är hög grad av självkritik som ibland nästan kan vara självhat. I takt med att du som terapeut blir mer erfaren kan du använda compassion på många andra sätt också.

*Jag funderar lite på hur man i terapin kan bemöta personer som är mycket motvilliga till*

*att ta emot medkänsla och närhet från andra människor?*

– Det liknar tillvägagångssättet med vilken typ av rädsla som helst. Vad är det du är mest rädd för, och hur kan vi försöka avhjälpa det? Meningen är ju inte att du ska bli överväldigad av din rädsla. Nyckeln är att undersöka vad som orsakar din motvillighet och sen börja inrikta sig på det. Det finns massor av anledningar till att personer inte känner sig bekväma med compassion. Först och främst kanske för att de inte förstår det och tror att det handlar om svaghet, medömkan, att bli klappad på huvudet. Dessa metakognitiva föreställningar behöver man prata om.

Det kan också handla om antaganden som att ”jag är inte värd det”. Då kommer vi in på känslominnen, vilket inom CFT innebär att önskvärda känslor har blivit taktade med negativa känslor.

Ett vanligt exempel som vi använder är: tänk dig att du ska åka på en efterlängtd semester. Detta väcker positiva känslor, glädje, nyfikenhet eftersom du har härliga minnen från dina tidigare semestrar. Pondera sen att du åker på semester och där blir överfallen, rånad och sjuk – vad kommer du att tänka på nästa år när semestern ska planeras? Alla de positiva känslor du har haft tidigare finns kvar, men det mest framträdande minnet kommer att vara traumaminnets. Så, om du har många minnen från när du verkligen har velat bli omhändertagen, sedd och hörd, men istället blivit försummad och illa behandlad så kommer traumaminnena vara de mest framträdande i nya situationer präglade av compassion.

Jag påbörjar en fråga kring på vilket sätt man bör ta ansvar för att patienten inte ska bli för överväldigad, om det handlar om bemötande, kroppspråk etc. Paul avbryter mig vänligt och förklarar lurigt att det jag frågar om inte alls hör hemma i CFT.

– Och varför gör det inte det tror du? För att då blir det du som tar kontrollen! Om det är så att din naturliga terapeutstil börjar väcka obehag hos patienten, så lyfter du det. «Jag ser att när jag börjar bli mer uppmuntrade mot dig så verkar det hända något med dig, vill berätta lite mer om vad som händer? Vill du att jag ska tona ner det?» Det viktigaste är att prata om det och se det som ett samarbete, ”hur ska vi göra för att det ska bli något bra av detta?”

**Det viktigaste blir att inte ta över kontrollen själv och ändra ditt sätt att vara utan att ha lyft och reflekterat över det med patienten.**

*Transparens blir viktigt?*

– Transparens, transparens, transparens! Vid alla möjliga tillfällen, lyft och reflektera dina observationer med patienten. Ge dem förmånen att ha tillgång till ditt huvud. Engagera dig så att ni tar gemensamma beslut. Det viktigaste blir att inte ta över kontrollen själv och ändra ditt sätt att vara utan att ha lyft och reflekterat över det med patienten, då skulle du kanske inte vilja att terapeuten gjorde det enkelt för dig utan att du bett om det. Att du tycker att det är svårt och ändå vill klara av det. Och att prata med patienten och fråga hur det skulle kännas om vi under terapin aldrig närmade oss faktumet att det är jobbigt att vara föremål för andra människors omtanke. Viktigt är alltså att lägga märke till och känna igen tecken på att anknytningssystemet aktiveras samt att terapeuten lyfter det – ”jag ser att något händer nu, det är helt ok, kan vi undersöka det tillsammans?”

*Hur kan jag som terapeut ta hand om mig själv i mitt arbete med CFT?*

– En värdefull sak som ingår i CFT är att innan sessioner fokusera på sitt åtagande som terapeut, ”i dag ska jag försöka sträva mot xx och göra det tydligt i relation till min patient”. Även vikten av att inte ta kontroll över terapin och vara försiktig med vad man attribuerar olika situationer i terapin till. Så att det inte blir: ”Oj, vad gjorde jag för fel!?” Ibland hindrar det dig nämligen att se att du kanske har gjort precis det som bidrog till bästa möjliga utgången. Till exempel: du har ont någonstans och jag undersöker dig. Jag råkar trycka precis



*Workshop i tält med Paul Gilbert.*

där du har ont och du skriker ”AJ!”. Antingen säger jag ”oj förlåt att jag tryckte där, det ska jag inte göra igen” eller ”ok, det är där du har ont, vad bra då vet vi vad vi har att förhålla oss till”. Så när svåra situationer uppkommer i terapin är de alltid lämpliga tillfällen för reflektion. Använd din kunskap för att skapa visdom. Kritik skapar ingen visdom alls och du gynnas inte av självanklagande. Så i stället för: ”oj jag har ställt till med något!” säga till sig själv: ”något har uppenbarats i terapin som vi behöver undersöka mer”. Du såg det inte komma, men nu när du har sett det – försök att undersöka och förstå vad det betyder. Compassion riktat mot dig själv hjälper dig att hålla fokus på den viktigaste processen, patientens!

**För mer läsning om compassion:**

Andersson & Viotti. (2013). *Compassionfokuserad terapi*. Natur och kultur.

<http://www.compassionatemind.co.uk>



# Patienternas perspektiv

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Illustration: Michal Zachharzewski (sxc.hu)

Sedan början av 2010 har jag i Beteendeterapeuten redovisat anteckningar om den psykoterapeutiska relationen utifrån ett material som har samlats in på olika sätt (se tabell 1). Syftet var att komma lite närmare ett ämne som inte brukar få så stort utrymme i KBT-diskussioner. Jag vet inte av vilken anledning, men det är klart att frågan inte har funnits på prioritetslistan. Kanske är det bara så att frågan inte upplevs som viktig, och att den terapeutiska relationen enbart kräver att man är medveten om att det behövs en god arbetsallians för att kunna samarbeta mot ett tydligt mål. Men en sådan beskrivning av interaktionen i terapirummet har enligt min mening inte varit tillräcklig för ett praktiskt inriktat arbete. Kanske är jag lite orättvis här och ser saken på ett alltför begränsat sätt. Jag menar inte att det inte har skrivits om ämnet, utan att jag har saknat den dimensionen när vi beskriver det vi gör inom KBT.

Om vi inte försöker göra en KBT-beskrivning av den terapeutiska interaktionen blir det lätt att glida in i olika klichéer, som till exempel "relationen är viktig" utan att veta på vilket sätt relationen är viktig. Eller - är KBT-beskrivningen så viktig? Kan vi beskriva det vi gör utan att behöva förändra vårt arbetssätt och börja uttala meningar om "den läkande relationen"? "Det är relationen som läker" säger kanske någon, och flera andra instämmer. Ja, visst kan det vara sant att relationen läker - men på vilket sätt? Ska vi betrakta patienten som ett litet sårat barn, eller som en vuxen person som behöver/söker hjälp? Är terapeuten en samarbetspartner, eller en förälder som ska hjälpa det sårade lilla barnet att växa och utvecklas? Det är alltid lockande att vilja vara den som hjälper en annan person att utvecklas. Men ordet "utvecklas" kan också ha olika innebörd och användas på olika sätt. När en patient lär sig färdigheter, formar patienten en ny personlig metod för att hantera sin omgivning eller hantera sina egna reaktioner i olika sociala sammanhang.

Hur ska vi forma våra beteenden så att det blir en fungerande interaktion i rummet? Vad vill och vad vill inte patienten? Hur kan bemötandet se ut? I förra numret skrev jag om vilka egenskaper en grupp patienter (N=38) inte ville möta i sin kontakt med terapeuten. Vad önskar

man slippa vara med om i mötet med denna yrkesperson, i förhoppning att få hjälp med sina personliga svårigheter? Patientgruppens (N=38) svar kunde sammanföras till följande svarskategorier, som här redovisas i frekvensordning:

- Ointresserad, oengagerad, lyssnar inte
- Okunnig, ignorant
- Dömande, nedvärderande
- Dryg, ironisk
- Oförstående

Detta ledde dock till en annan fråga, nämligen om antalet patienter (N=38) var tillräckligt stort för att säga något om den gruppen. Jag bestämde mig för att samla in fler svar och det blev 30 patienter till som togs in i den statistiska bearbetningen. Sammanlagt blev det 68 patienter. Ibland lever man med föreställningen att man kanske får fler nya svar som kan göra ens beskrivning ännu rikare och mer varierad. Där hade jag fel. De nya 30 patienterna svarade ganska likt de tidigare 38, och de fem mest frekventa svarskategorierna var:

- Ointresserad, oengagerad, lyssnar inte, tar mig inte på allvar
- Oförstående
- Okunnig, ignorant
- Dömande, nedvärderande
- Ironisk, spydig, arrogant

Detta är fem grupper av situationer som patienten inte vill uppleva i sin kontakt med sin terapeut. Men den grupp som får allra flest svar är den som har hamnat på första plats: patienten vill träffa en terapeut som är intresserad, engagerad, som lyssnar och tar patienten på allvar. Patienten önskar dessutom att terapeuten är förstående och kunnig, inte dömande eller ironisk. Har vi möjlighet att erbjuda det patienten vill ha och förväntar sig? Visst vore det bra om vi alla kunde säga att det är möjligt. Det är då viktigt i sammanhanget att alltid uppmärksamma dessa olika aspekter så att vi kan erbjuda en kontakt av god kvalitet. Detta särskilt idag, när vi många gånger arbetar under press och med stora krav.

Tabell 1. Information om de grupper som besvarat formulären.

Kategori	Antal	Därav kvinnor	Medianålder (år)	Lägsta ålder	Högsta ålder
Deltagare i KBT-utbildning	103	72	41	24	64
Legitimerad psykoterapeut	16	12	48,5	34	61
Adm. & rehabpersonal	13	8	39	26	56
Patient i psykiatrisk öppenvård	68	51	32,5	19	59
Totalt personer som svarade på enkäterna	200	143			

Om vi inte försöker göra en KBT-beskrivning av den terapeutiska interaktionen blir det lätt att glida in i olika klichéer, som till exempel "relationen är viktig" utan att veta på vilket sätt relationen är viktig.



Alejandro Muñoz Retamal är leg psykolog, leg psykoterapeut och handledare.



## EABCT 2016 – Roots and present branches of CBT

Med mindre än tre år kvar till Stockholm fullständigt invaderas av KBT-intresserade delegater från världens alla hörn arbetar styrgruppen för jättekongressen på med grundläggande förberedelser och planering, samt långsiktig planläggning av arbetsinsatser. Sakta men säkert tar kongressen form!

Text: Björn Paxling

Ett drygt år har passerat sedan det i Geneve beslutades att äran att anordna EABCT 2016 gick till Sverige där sfKBT och BTF tillsammans står som värdar. Under året har en styrgrupp gradvis växt fram, och efter fyra möten och mängder av mailande och ringande så börjar konturerna ta sin form för både kongressen i sig och allt arbete som leder fram till den. Hela styrgruppen och dess olika funktioner är färdig (se separat inforuta) vilket gör att vi snabbare kan fördela uppgifter och ansvar oss emellan. Ett tema för kongressen har också beslutats: Roots and present branches of CBT! Tanken med detta tema är att vi ska kunna skapa en kongress där vi som rörelse ska ges tillfälle att stanna upp och blicka bakåt för att lära oss mer om KBT:s framväxt och utveckling genom åren (roots), men också att fokusera på det nyaste av det nya och det hetaste av det heta inom KBT-fältet (present branches). Hur temat rent praktiskt kommer ta sig uttryck under kongressen diskuterar vi för fullt just nu inom styrgruppen, samtidigt som vi fortsätter att arbeta med andra uppgifter såsom att ta fram en logotyp och grafisk profil för kongressen, att knyta ytterligare personer till arbetet, att fundera kring sociala arrangemang kopplade till kongressen och så vidare.

### Organising Committee EABCT 2016

Björn Paxling, president  
Kristoffer NT Månsson, vice president  
Torun Kallings, secretary general  
Jens Devgun Högström, vice secretary general  
Gerhard Andersson, chair scientific committee  
Olof Johansson, treasurer  
Erica Skagius Ruiz, marketing  
Tadeusz Jarawka, sponsoring and volunteering

## Grattis: Shervin Shahnavaz!

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 de böcker som ingår i utlottningssortimentet.

## OBS!

Manusstopp för nästa nummer av Beteendeterapeuten är

**10 januari 2014**

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

## Psykologpartners utbildningar våren 2014

Workshop med Mavis Tsai & Robert Kohlenberg  
Funktionell Analytisk Terapi: relationsarbete inom KBT  
Stockholm den 17-18 mars

Beteendeanalys vid komplexa fall  
Västerås den 5 maj

Specialistutbildning i Internetbehandling  
Stockholm den 8-9 april och 6-7 maj

Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag  
Stockholm den 18 februari

Bli en vassare föreläsare: kombinera psykologisk forskning med effektiv presentationsteknik  
Stockholm den 16 maj



psykologpartners

Mindfulness: tillämpning i klinisk vardag  
Linköping den 21 maj

Bli bättre på att behandla sömnproblem med KBT  
Stockholm den 27 mars + 3 april

Kurs i Integrative Behaviour Couples Therapy (IBCT)  
Malmö den 7-9 maj

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre delar  
Del 1: Inlärningsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT  
Göteborg den 11-12 februari + 25-26 februari

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning  
Göteborg den 18-19 mars  
Stockholm den 1-2 april

Del 3: Avancerad färdighetsträning i ACT  
Göteborg den 13-14 maj

Grundutbildningar i Motiverande samtal, MI  
Linköping den 27-28 februari + 29 april  
Stockholm den 8-9 april + 3 juni

Fortsättningsutbildningar i Motiverande samtal, MI  
Malmö den 3-4 mars + 5 maj  
Stockholm den 16-17 september + 4 november



Beteendestöd i vardagen: praktisk utbildning i tillämpad beteendeanalys & positivt beteendestöd  
Västerås den 1/4, 2/4 (heldagar) samt 8/4, 22/4, 6/5, 20/5, 10/6 (halvdagar).

Lära för livet: en heldag om att öka livskvaliteten hos personer med funktionshinder  
Stockholm den 21 mars

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

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

Gå gärna med i vår Facebook grupp *Psykologpartners utbildning*. Du kan också få information om våra utbildningar genom att anmäla dig till vårt nyhetsbrev på [www.psykologpartners.se/utbildningar](http://www.psykologpartners.se/utbildningar).



# En kort sammanställning av, och reflektion kring, svaren från **BTF:s medlemsenkät 2013**

Enkäter där medlemmar i föreningen får ta ställning till olika aspekter av BTF:s verksamhet har genomförts 1995 och 2006. I slutet av föregående verksamhetsår initierade dåvarande styrelse en ny medlemsenkät som nu sittande styrelse har avslutat och sammanställt. Svaren från medlemsenkäten har under året varit vägledande för vilka frågor styrelsen arbetat med och i vissa fall även för vilka beslut styrelsen tagit, och vi önskar nu återkoppla resultaten från medlemsenkäten till er medlemmar.

## *Vem har svarat?*

376 svar har inkommit på enkäten. Tre fjärdedelar av de svarande är medlemmar med rösträtt på årsmötet och en nästan lika stor andel är kvinnor. Nära hälften av de svarande bor i Stockholm. Åtta av tio är mellan 30 och 60 år gamla.

## *Förväntningarna på föreningen är höga*

BTF ska vara en förening som skapar kontakter mellan KBT-intresserade, främjar diskussioner och anordnar mötesplatser som t ex årskongressen. Medlemmarna vill också att föreningen arbetar för att det hålls utbildningar, sprider information om utbildningar till medlemmarna samt förmedlar information om aktuell forskning. Vidare finns önskemål om att föreningen ska agera professionsstödjande och sprida kliniskt arbetsmaterial och etiska riktlinjer. Till sist så finns det en förväntan om att föreningen ska ha en utåtriktad verksamhet och sprida information om, och värna om, beteendeterapi och inlärningspsykologi, sprida information om KBT till allmänheten och lyfta fram vår inriktning i media. När de svarande på enkäten tvingas prioritera resulterar det i tre huvudområden; att förmedla kliniskt arbetsmaterial och information om forskning till medlemmarna, att främja diskussioner och kunskapsutbyte medlemmar emellan och att värna om inlärningspsykologi och beteendeterapi.

## *BTF:s interna service*

Det skrivna ordet ligger de svarande varmt om hjärtat. Av den interna medlemservice BTF idag tillhandahåller så sticker KBT-listan ut som det område största antal anser vara viktigt, med mycket lite spridning neråt i prioritering. Av de övriga områden som listats så anges Beteendeterapeuten och tidskriften CBT, samt medlemssidorna (kräver inloggning) vara viktiga i nämnd ordning. Bland de saker som inte rankas så högt finns stipendier och priser och rabatter till medlemmar.

## *Varför är jag med?*

Det finns många olika skäl att vara med i föreningen, men i huvudsak speglar skälen vad som tidigare prioriterats under

stycket "Förväntningarna på föreningen...". Att få diskutera och utbyta idéer och kunskap samt att stärka ställningen för KBT och beteendeterapi och värna om inlärningspsykologi och beteendeterapi. BTF är ur medlemsperspektiv en nätverksorganisation med en idéburen kärna.

## *Förening, för vem?*

En övervägande del av de som svarat anger att föreningen ska vara till för alla med en viss kompetens inom KBT-paraplyet. En klar majoritet har också angett att de önskar oförändrade medlemskriterier, med en uppdelning i stödmedlemmar och medlemmar och oförändrade krav på kompetens för medlemskap. Så gott som nästan alla svarande tycker också att behandlarlistans regler är bra och kan kvarstå oförändrade.

## *Medlemsengagemang*

Varje kväll, varje vecka, drivs Sverige framåt av ideella krafter i olika rörelser med ett syfte och en riktning. Vad vore idrottsrörelsen, scouter, syföreningar, nykterhetsrörelser och andra rörelser utan sitt medlemsengagemang? 82% av de som besvarat enkäten planerar inte att arbeta för BTF nu. Det är en siffra värd att stanna upp och kontempera över. Kanske bör vi fråga oss om detta verkligen är vår värderade riktning och vem som ska göra alla de verksamheter som är listade ovan?

## *Samarbete med sjKBT*

Endast en mycket lite grupp medlemmar verkar tycka att vi inte ska ha något samarbete, men sedan upphör det vi kan uttala oss med tydlighet om. Majoriteten är för någon form av fortsättning, i utökad form eller på samma nivå som nu. Men, det är samtidigt lika många som önskar se en sammanslagning som önskar tydliga gränser mellan föreningarna. Det här är en fråga att arbeta med de närmsta åren.

## *Sammanfattande intryck*

BTF är idag en idéburen nätverksorganisation med medlemmar som har höga krav på vetenskaplighet och utbildning, både i fråga om verksamhet och i fråga om vem som får förtroendet att förvalta föreningen. Samtidigt är vi en förening med liten spridning avseende aktivitet och engagemang. En övervägande del av de som svarat på enkäten har markerat att de snarare önskar ett status quo än radikala förändringar av verksamhet, föreningsformer/stadgar eller samarbeten med andra organisationer. Styrelsen hoppas att diskussionen om vilka vi är, vad vi vill vara och hur vi når dit kan fortsätta i alla våra fora. Tyck till på KBT-listan, delta på årsmötet och diskutera med dina kollegor!



Bild: Renate Kalloch, (sxc.hu)



# BTF ger synpunkter på Akademikerförbundet SSRs förslag på **etisk kod** för psykoterapeuter

Text: Björn Paxling

**Akademikerförbundet SSR** är ett fackligt yrkesförbund för samhällsvetare vilket inkluderar (men är inte begränsat till) beteendevetare och socionomer. Förbundet anser att det är angeläget att varje yrkeskategori har en etisk kod för sitt område, och de har under året tagit fram en remissversion av en etisk kod för psykoterapeuter. Den etiska koden har skrivits av Erik Blennberger, teol dr och professor vid Institutet för organisations- och arbetslivsetik, Ersta Sköndal högskola med en referensgrupp bestående av sju personer varav flera har kopplingar till SSR, Ersta och/eller Ericastiftelsen. BTF var en av många föreningar som blivit tillfrågade om att inkomma med synpunkter på den etiska koden, och från styrelsens sida har Björn Paxling, Li Wolf och Andreas Karlsson arbetat med att sammanställa ett remissvar som hela styrelsen fått läsa och diskutera under ett möte.

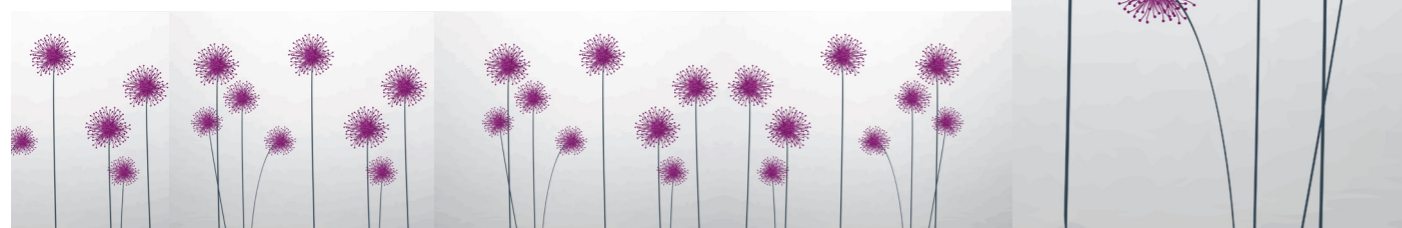
**Den etiska koden består av** en beskrivning av psykoterapi, en genomgång av olika historiska och etiska aspekter kopplat till psykoterapi och etik, en lista med konkreta riktlinjer, samt ett antal fall/vinjetter som kan nyttjas för vidare reflektion/diskussion. BTF svarar SSR att ambitionen att ta fram ett vägledande dokument kring komplexa frågor i vår yrkesutövning är hedervärd, och vi lyfter fram flera positiva exempel ur den etiska koden som vi anser vara särskilt bra/viktiga. Till BTFs övergripande kritik hör att tyngdpunkten i dokumentet genomgående ligger på att beskriva grunderna i etik, snarare än att ge ramar för hur dessa tillämpas eller förankras i psykoterapeutiska professionella frågeställningar. I en stor del av dokumentet går etikfilosofins historia igenom (där särskilda stycken viks åt Platon, Aristoteles, Cicero och Paulus), medan konkreta etiska och moraliska dilemman som psykoterapeuten ställs inför i sin vardag bereds förhållandevis liten plats. Det slås dock fast som riktlinje att "Psykoterapeuten är restriktiv i fråga om att framträda på sociala medier och även vad gäller att söka information om patienter via sådana medier" vilket är en intressant riktlinje som tyvärr inte underbyggs på något konkret vis i den etiska koden. I BTFs svar hänvisar vi till de etiska riktlinjer som European Association for Psychotherapy (EAP) har tagit fram som förslag på en bra disposition för att göra riktlinjerna mer praktiskt användbara.

**Ett större övergripande problem** med remissversionen av den etiska koden har BTF följande att säga om: "Som företrädare för den största sammanslutningen av KBT-inriktade behandlare från olika professioner upplever vi också att

dokumentet genomgående favoriserar ett psykodynamiskt och humanistiskt perspektiv på psykoterapi. Detta sker dels genom att vid upprepade tillfällen lyfta fram begrepp och teoretiker knutna till dessa traditioner och via avståndstagande och misstolkning av begrepp som ofta används inom den kognitiva beteendeterapin. Vi saknar också en tydligare förankring i forskning och empiri och upplever att dokumentet i sitt förhållningssätt till vetenskap är ur takt med sin tid. I en samtid där allt större fokus läggs på att behandling som erbjuds människor med psykisk ohälsa ska vara väl beforskad/ evidensbaserad, så finner vi det underligt att det saknas tydliga skrivningar om psykoterapeutens ansvar att förankra sin verksamhet i vetenskap samt att bidra till vetenskap och utveckling i forskning och verksamhetsutvärdering."

**För att ta några konkreta exempel** på sådant vi i arbetsgruppen reagerat på, så ägnas ett långt reflekterande stycke åt begreppet "Det tolkande omdömet" vilket helt tar sin utgångspunkt i en psykodynamisk idétradition, medan det i stycket om frihet kopplat till psykoterapi slås fast att "Mänskligt handlande bör inte ses som en betingad respons, vi är inte psykiska automater." Gällande vetenskap så slås det väldigt försiktigt fast att det psykoterapeutiska arbetet ska "relateras" till detta, något som på intet sätt förpliktigar den enskilde psykoterapeuten att hålla sig uppdaterad med nya forskningsfynd och anpassa det kliniska arbetet därefter.

**BTF hoppas att** Akademikerförbundet SSR tar till sig av föreningens synpunkter och reviderar den etiska koden så att denna blir ett mer konkret användbart verktyg i psykoterapeutens vardag, samt att en uppdaterad version inte lika tydligt tar en psykodynamisk/humanistisk utgångspunkt i diskussionen kring psykoterapi så att även KBT-utbildade psykoterapeuter kan känna sig inkluderade och ha nytta av dokumentet. Att ta fram etiska riktlinjer för psykologiskt behandlingsarbete är en viktig och svår uppgift, och BTF är gärna delaktig i samtal om hur dessa kan utformas för att göra största möjliga nytta.



# BTF ÅRSKONGRESS

21-22 mars 2014, Göteborg

*"De svåra tillstånden" &  
Bemötande och den terapeutiska relationen.*

Pre-kongress Workshop, 20 mars  
FAP, Functional Analytic Psychotherapy  
med Mavis Tsai & Robert Kohlenberg

**Boka av ovanstående datum i din kalender redan nu och börja se fram emot workshops, lärdomar och mingel med gamla och nya KBT-vänner!!**

Anmälan- vi informerar via epost när så sker!

Mer information kommer!

Kontakt: [btfgbg2014@gmail.com](mailto:btfgbg2014@gmail.com)

**kognio**™  
centrum för KBT

Lyssna på en av Sveriges främsta specialister i ämnet!



Orienteringskurs i

**Hälsoängest, psykosomatik  
& somatisering**

med

**Clas Malmström**

Lund, 30-31 januari 2014

Omfattning: 1 eller 2 dagar beroende på deltagarens eget val.  
Lämplig som kurs i läkarnas specialistutbildning.

För mer information och anmälan besök vår hemsida:

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



# BTF är aktiv i diskussioner kring rehabiliteringsgarantin

**I denna artikel informerar vi om BTFs svar på en rapport från Socialstyrelsen kopplad till rehabiliteringsgarantin, samt hur BTF efter ett möte kring detta inkommit med ytterligare synpunkter. Den som är intresserad av frågor kring forskning om psykologisk behandling och praktiska implikationer av denna forskning inbjuds i slutet på artikeln till ett möte på BTF-kansliet i början av januari.**

Text: Björn Paxling

I början av september inbjöds BTF av Socialdepartementet till att lämna synpunkter på Socialstyrelsens rapport ”Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa - ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013”. Mer specifikt efterfrågades hur BTF såg på frågan om att eventuellt inkludera psykodynamisk behandling i rehabiliteringsgarantin. Från styrelsens sida har Alexandra Arnberg arbetat med att kontakta föreningens experter inom detta område för att efterfråga synpunkter som sedan sammanställts i ett svar från föreningen. Den i särklass mest aktiva medlemmen i detta arbete har varit professor emeritus Lars-Göran Öst, och styrelsen vill härmed uttrycka sin tacksamhet till Lars-Göran för starka insatser i att kommentera Socialstyrelsens rapport.

Det korta svaret från BTFs sida var: nej, vi anser inte att psykodynamisk terapi (PDT) ska inkluderas bland de terapier (i nuläget KBT och IPT samt multimodal smärtbehandling) som omfattas av rehabiliteringsgarantin. För att citera ur BTFs svar:

“Våra huvudargument är att när det gäller depression ingår redan kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT). Behandlingstiden för dessa terapier är vanligen 8-15 sessioner medan psykodynamisk korttidsterapi tar, som framgår av rapporten, dubbelt så lång tid (30 sessioner). Forskningsstudierna visar dock inte att behandlingsresultaten vid PDT är bättre än för KBT och IPT, snarare är de något sämre.

Beträffande ångeststörningar finns det ett mycket magert empiriskt underlag för PDT. I rapporten tar man upp fem randomiserade kliniska studier och vi har tagit upp ytterligare en som publicerades 2013. Det är endast en studie vardera för panikstörning, generaliserad ångeststörning, posttraumatisk stressyndrom och två för social fobi (men med olika PDT-behandlingar). Samtliga dessa studier har så allvarliga brister i forskningsmetodiken att de inte kan utgöra ett tillräckligt empiriskt underlag för att PDT skall inkluderas i rehabiliteringsgarantin för ångeststörningar.”

BTFs svar innehåller, utöver en första sida med sammanfattning av våra ståndpunkter, ytterligare åtta sidor med detaljerade kommentarer på olika delar av Socialstyrelsens rapport samt en gedigen referenslista. Ett kortare men nog så slagkraftigt svar står Riksförbundet Attention och Svenska OCD-förbundet Ananke för. De skriver “Förbunden delar i stort rapportens slutsatser när det gäller angelägenhetsgrad för de olika terapiformerna. Förbunden delar också rapportens slutsats att det finns lite som talar för att bredda utbudet av psykologiska behandlingar när det gäller ångestsyndrom, stressstillstånd eller att hantera samsjuklig problematik.” Förbunden lyfter tydligt fram vikten av att noggrann beteendeanalys genomförs hos personer med komorbid depression och ångestsyndrom för att den psykologiska behandlingen ska bli effektiv.

Den 15:e oktober deltog sedan Alexandra och Lars-Göran för BTFs räkning på ett möte på Socialdepartementet där även representanter för andra psykoterapiföreningar var med. Under mötet diskuterades ståndpunkter och åsikter kring Socialstyrelsens rapport utifrån de olika föreningarnas skriftliga svar till Socialdepartementet. Att representanter för olika intresseföreningar har olika ståndpunkter i frågor som berör psykologisk behandling torde inte göra någon förvånad, men BTFs utsända upplevde efter mötet att allvaret i den diskuterade frågan för med sig att det som sades under mötet inte kunde vara en slutpunkt i diskussionerna. Lars-Göran och Alexandra formulerade således ytterligare ett brev till Socialdepartementet som inleddes med stycket:

“Representanterna för Riksföreningen Psykoterapicentrum (RPC) och Samrådsforum framförde många argument för att psykodynamisk terapi skall ingå i Rehabgarantin men dessa bygger till mycket stor del på ett selektivt urval av studier och litteraturöversikter/metaanalyser som är gjorda av psykodynamiska forskare. Därför kan vi inte lämna dessa felaktigheter oemotsagda.”

I brevet kommenteras sedan ett flertal av ståndpunkterna som RPC och Samrådsforum framfört i sitt svar till

Socialdepartementet. Några av BTFs kommentarer återges här nedan:

“Man säger att rapporten har använt ”inaktuella evidensskriterier” men utan att beskriva hur de aktuella kriterierna ser ut. I själva verket är det små skillnader gentemot de kriterier som SBU använder. Dessutom har Amerikanska Psykologförbundet (APA) inte ändrat på kriterierna för Evidensbaserad psykoterapi som de beskrevs av APAs Task Force (1995) och Chambless & Hollon (1998). Det APA har gjort är att man har lanserat begreppet Evidence-based Practice in Psychology, i vilken Evidensbaserad psykoterapi ingår som det första kriteriet tillsammans med några andra när man säger (APA, 2006):

*”Evidensbaserad praktik inom psykologi är integrationen av den bästa tillgängliga forskningen med klinisk expertis inom ramen för patientkaraktäristika, kultur och preferenser.”*

“Man säger att ”Senare internationella översikter visar så gott som genomgående likvärdiga resultat då PDT och KBT jämförs.” Detta kanske är slutsatsen av översikter som skrivits av psykodynamiska forskare inte sådana som är neutrala i förhållande till olika terapier, t ex National Institute of Clinical Excellence (NICE) i Storbritannien.”

“Vidare sägs ”Att effektstyrkan är lika stor i medeltal betyder att för vissa patienter fungerar PDT bäst, för andra passar istället KBT bättre.” Detta påstående motsägs t ex av den stora tyska studien av Watzke et al. (2010; 2012) som visade att det hade betydelse för patienterna som fick PDT om man fick en behandling som den diagnostisk/ kliniska utredningen kommit fram till var den lämpligaste. De patienter som fick PDT i enlighet med utredningen fick bättre effekt än de som randomiserats till PDT. För KBT-patienterna gav det lika bra resultat om man fick KBT som utredningen kommit fram till var den lämpligaste eller om man randomiserats till denna behandling.”

“Vidare säger man i samma stycke ”Därutöver visar aktuell forskning att terapeutens kompetens och skicklighet, liksom hänsyn till patientens preferenser, motivation och personlighet är av större betydelse än val av metod.” Detta är ett

argument som ofta framförs av psykodynamiska terapeuter och forskare och det är troligen så att det gäller för PDT men inte för KBT. I en meta-analys fann Webb et al. (2010) inget samband mellan terapeuternas kompetens och utfall av KBT-behandlingar, vilket kan bero på att terapeuterna i de randomiserade studierna i allmänhet har hög kompetens och då får man inget samband p g a statistiska skäl, det som kallas ”restriction-of-range”. Också när det gäller hänsynstagande till patientens preferenser visar den tidigare refererade studien av Watzke et al. (2010) att det har betydelse för patienter som får PDT men inte för de som får KBT om man får den terapi man prefererar eller ej. Således kan man inte, som RPC gör, generalisera och hävda att det man påstår gäller för både PDT och KBT.”

Vad resultatet blir av hela denna diskussion återstår att se, men BTF fortsätter att följa frågan med stort intresse! Från styrelsens sida önskar vi också bjuda in fler medlemmar i arbetet med att bevaka och respondera på denna och andra politiska diskussioner som handlar om psykologisk behandling.

**Den som på något sätt vill medverka, eller bara är nyfiken och vill lyssna, inbjudes härmed till BTFs kansli på Kammakargatan 62 i Stockholm torsdagen den 8:e januari klockan 17.30-19.00** (vänligen anmäl deltagande senast den 6/12 till alexandra.arnberg@momentpsykologi.se för beräkning av dryck- och tilluggsmängder).

På mötet kommer Alexandra och Lars-Göran att berätta mer om arbetet med ovan nämnda skrivelser från BTF, och framtida arbete med denna och liknande frågor kan planeras. BTF har en viktig uppgift att fylla i att dels kommunicera vetenskapliga resultat och slutsatser till politiker, och dels i rent folkbildande syfte – visst vill även du vara med i detta viktiga arbete?

**Beslut om huruvida psykodynamisk terapi kommer inkluderas inom rehabiliteringsgarantin tas 13/12 - spännande!**

## Referenser:

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.

APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.

Watzke, B. et al. (2010). Effectiveness of a systematic treatment selection for psychodynamic or cognitive-behavioral psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 197, 96-105.

Watzke, B. et al. (2012). Longer term outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic psychotherapy in routine mental health care: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 580-587.

Webb, C.A. et al. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200–211.



# Krönika

## På västfronten en massa nytt

Den här krönikan blir lite onyanserad. Privatlivet blomstrar, medan arbetslivet vissnar. Det är så min svartvita kognitiva utvärdering ser ut för tillfället, vilket leder till att jag släpar mig genom veckodagarna och känner mig mer tillfreds på kvällstid och helger. Min fästman är fantastisk när det gäller att hålla mig på mattan och tänka klart, samt se till att jag inte bara säger upp mig från mitt jobb inom IAPT.

### Jag känner mig less på bristen på respons och uppmuntran.

Tyvärr tvingades jag tacka nej till jobbet som KBT-föreläsare vid Birkbeck University. Två dagar innan jag skulle börja skickade de ut kontrakten med den lilla detaljen att den utlovade lönen hade skurits ner till nästan hälften. Halva styrkan av föreläsare gick omedelbart, vilket lämnade mig med en dubbel arbetsbörda för hälften så mycket pengar. Vilken trevlig arbetsmarknad att befinna sig i. Jag är därför återigen på väg att öppna min egen verksamhet som sidospår till IAPT.

Anledningen till att jag nu vill sluta inom IAPT är främst arbetsmarknadspolitisk. Först och främst så intervjuades jag nyligen för en tjänst som 'Senior CBT Therapist/Clinical Psychologist/Supervisor' i mitt eget team i Barnet. Jag gör redan alla uppgifter från arbetsbeskrivningen för den högre uppsatta rollen, men till mycket lägre lön. Det fanns två poster, eftersom vi dels expanderar och dels behöver täcka för en nuvarande tjänst som snart blir ledig. Psykologen som kommer att lämna en tjänst rekommenderade mig att söka hennes tjänst och hejade på mig i processen. Det kändes positivt och uppmuntrande att få höra att jag var rätt för rollen och att mina chefer kommer att stå på min sida i rekryteringsprocessen. Mina chefer däremot, som har följt mig i tre års tid, gav mig exakt samma frågor som de externa sökande och låtsades inte om information som de redan vet om mig. Jag gjorde bäst ifrån mig bland alla sökande som är på samma löneband som jag själv, men de valde att anställa två externa personer som har varit i en högre



Text:  
Michaela Johansson

chefsposition än vad som är nödvändigt för rollen. Jag förstår deras rational kring att anställa någon med mer erfarenhet än vad som krävs för en roll, eftersom man får 'mer valuta för pengarna'. Men beteendet att anställa två 'wild cards' framför en omtyckt medarbetare som redan klarar av jobbet ifråga känns som en total brist på positiv förstärkning för hårt arbete. Jag fick veta att jag måste göra jobbet i upp till ett år till innan jag kan få betalt från nästa löneband.

Dessutom fick jag noll gensvar för mitt engagemang i att minska stigma kring psykologisk behandling i den japanska populationen i vår region. Jag har turen att ha en japansk vän som studerar klinisk psykologi i Southampton och därför har erbjudit 15 dagar volontärjobb för att hjälpa till att översätta material och sätta ihop presentationer att hålla med mig ute i sociala forum där japaner möts, i hopp om att vi tillsammans kan öppna upp för fler egenremisser in till vår mottagning. Jag fick till svar att behovet inte finns, eftersom "vi ser ju aldrig några japaner här på vår mottagning". Ja, det är ju lite så stigma fungerar... Jag behöver någon som går med mig och lägger grunden för en tvåvägskommunikation. Visserligen studerar jag japanska, men jag vinner nog inga remisser på att kunna säga pärlor som "min pappa har långa ben och en stor näsa".

Det känns därför nedslående att stanna kvar i en miljö där jag är den enda klinikern som har stannat så länge som jag har gjort (tre år nu). Jag känner mig less på bristen på respons och uppmuntran, vilket har lett till någon form av inlärld hjälplöshet som specificerar "det är ingen idé att försöka". Om det var möjligt att bedriva KBT med aktivitet i bara hjärnstammen så skulle jag nu vara som en zombie från The Walking Dead. Det är så det känns just nu, att jag kör KBT på autopilot och bara stannar på en ansvarskänsla gentemot patienter och trainees. Jag har haft flera nedåtgående spiraler förut inom IAPT, så jag hoppas att uppåtsvingen kommer igen när jag får gå en utbildning i Behavioural Couples Therapy med Don Baucom.

#### Hett just nu:

- Att vara förlovad och köpa lägenhet = planera bröllop och inredning
- Handledning av en Trainee Clinical Psychologist i ett år
- Tanken på att lämna IAPT och jobba inom ett privat KBT-företag

#### Kallt just nu:

- Att bli nekad en bättre tjänst, för att istället tvingas göra ett jobb som jag inte får betalt för
- Gapet mellan psykologlönen och bostadspriserna
- Bli nekad att få hjälp av en volontär med arbetet i den japanska populationen

## ACT-kurser på Falludden 2014



JoAnne Dahl, professor i psykologi, leg psykolog, leg psykoterapeut, Internationally Recognized ACT Trainer

#### Välkommen till mig!

Lär dig ACT tillsammans i en mindre grupp på ett naturskönt område på Falludden, alldeles intill Dalälven. Kursen äger rum i min timmer-stuga där jag alternerar ACT-teori med praktik, demonstrationer, rollspel, och gott om tid till att öva och till att få personlig feedback på dina ACT-färdigheter. Njut av Dannes hemlagade mat som har fått femstjärniga utvärderingar av kursdeltagare och bo på ett av Sveriges vackrast belägna vandrarhem på den intelligande Laxön. Läs mer om Laxön på STF Vandrarhem i Älvkarleby. Kurserna är tre heldagar; fredag, lördag och söndag. I priset inkluderas, utöver själva kursen, mat, boende (i boende ingår frukost samt städning av rum) och kursmaterial, som till stor del består av egna ACT-böcker skrivna för dessa speciella tillämpningar. Deltagarantalet begränsas till högst 15 deltagare per kurs och priset är 7000 sek per deltagare och kurs.

#### 25-27 april 2014

Allmän ACT upplevelsebaserad kurs med inriktning på hur man jobbar med värderingar, särskilt 'Self compassion' samt perspektivtagande i terapirummet. Material: Ni får ett paket med relevanta artiklar, mindfulnessövningar, samt mätinstrument, och fallkonceptualisering hemskickat i förväg inför kursen.

#### 16-18 maj 2014

ACT-kurs med speciell tillämpning på ACT och akut och kronisk smärta. Material: Ni får ett paket med boken Släpp Smärta, relevanta artiklar, mindfulnessövningar, samt mätinstrument, och fallkonceptualisering hemskickat i förväg inför kursen. Speciellt lämplig för alla yrkesgrupper som jobbar med smärta, t.ex. sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer.

#### 23-25 maj 2014

ACT-kurs med speciell inriktning mot behandling av övervikt. Material: Ni får ett paket med vår nyutkomna bok ACT for Healthy weight loss (2014), relevanta artiklar, mindfulnessövningar, samt mätinstrument, och fallkonceptualisering hemskickat i förväg inför kursen. Speciellt lämplig för alla yrkesgrupper som jobbar med ätstörningar och övervikt, t.ex. sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer.

#### 6-8 juni 2014

ACT-kurs med speciell inriktning mot intima relationer. Material: Ni får ett paket med vår nyutkomna bok ACT and RFT in Relationships (2014), relevanta artiklar, mindfulnessövningar, samt mätinstrument, och fallkonceptualisering skickas hem till dig innan kursstarten. Speciellt lämplig för alla yrkesgrupper som jobbar med relationer.

Läs mer om kurserna på min hemsida, [joannedahl.com](http://joannedahl.com). Anmäl ditt intresse till JoAnne via mail: [jdahl8@icloud.com](mailto:jdahl8@icloud.com) eller hemsidan. Lyssna till mitt Radio Program *ACT taking hurt to hope* i [Webtalkradio.com](http://webtalkradio.com): <http://webtalkradio.net/internet-talk-radio/act-taking-hurt-to-hope/>



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, 2013-09-08

**EABCTs** vetenskapliga koordinator Antonio Pinto har efter lång tids arbete sjösat en vetenskaplig rådgivande kommitté inom nätverket (beslut om detta togs i Zagreb 2009). Svenska namn på listan är Ewa Mörtberg (Social phobia samt Clinical outcome of treatment with CBT) samt Per Carlbring (Internet-delivered CBT).

**BTF-broschyren.** Efter att kanslist mailat ut till medlemmarna om erbjudandet att kostnadsfritt beställa upp till 100 BTF-broschyren har vi nu slut på den förra upplagan broschyrer. De medlemmar som beställt broschyrer kommer få de kommande nytryckta broschyrerna i det fall föregående upplaga ej räckte.

**Styrelsens policydokument.** Vid mötet antogs årets policydokument för styrelsens arbete. Det innehåller nya formuleringar kring flera områden och finns att läsa på medlemssidorna på hemsidan.

**Digitalisering av intygsarkiv.** Under lång tid har de intyg som stödmedlemmar som velat bli granskade för medlemskap och medlemmar som velat bli publicerade på behandlarlistan och få sina kompetenser (legitimation,

handledarkompetens etc) visade i sin medlemsprofil skickat in sina intyg i pappersform. Ett projekt för att digitalisera intygen och göra dem tillgängliga för den enskilde medlemmen/stödmedlemmen har inletts i syfte att tydliggöra administrationen kring föreningens olika bedömningsfunktioner.

**Beredningsgrupper.** Som vanligt efter ett livemöte har ett antal beredningsgrupper sjöatts i flera angelägna ämnen. Nya frågor som styrelsen ägnar sig åt under hösten innefattar: handledarkommitténs uppdrag (efter beslut av årsmötet), uppdatering av styrelsens interna arbetsbeskrivningar, genomsökning av KBT-listans arkiv för påfyllnad av kliniskt material till medlemssidorna på hemsidan, hur vi ska göra medlemskapet mer attraktivt, sammanställning och återkoppling av medlemsenkäten till föreningen, undersökning om BTF ska ansöka om medel från SoS för arbete med beteendeförändringar med inriktning på hälsa, eventuell uppstart av BTF-wiki samt om det går att på ett smidigt sätt länka trådar från kbt-listan till hemsidans interna sidor.

En trevlig höst önskas alla BTF-medlemmar!  
För styrelsen,  
**Gösta Liljeholm**



Gruppen från styrelsens  
arbetsbegr. samsamaren  
2013

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2013-10-15

### Hemsida & IT

Aktuella målsättningar för Hemsida & IT-ansvarig är framförallt att sjösätta KBT.se. Mattias Myrälff har huvudansvar för att skapa en struktur. Sidan kommer att tillåta olika användare olika grad av förändringsmöjligheter vilket möjliggör snabba uppdateringar med delegerat ansvar till olika personer eller grupper med ansvar för underavdelningar. Nästa steg i gruppens arbete är att utarbeta en grundstruktur som sedan kan fyllas med ett första innehåll.

### Årsmötesgruppen

Årskongressen 2014 i Göteborg går av stapeln 21-22:a mars, med pre-congress work shop 20:e mars. En viktig sponsor är klar.

### Media och opinion

Gruppen har påbörjat arbete utifrån en ”proaktiv beteendeanalytisk mediestrategi”. Strategin har flera delmål och ett övergripande mål att sprida information om beteendeterapi. Förhoppningen är att kunna engagera föreningens medlemmar i arbetet. De senaste veckorna har synpunkter på delar av arbetet inhämtats via KBT-listan.

### Stipendier och priser

Ett arbete med att skapa en undersida på kbt.nu för att lyfta fram föreningens pristagare har påbörjats tillsammans med webmaster Anders Görning. Sidan är för närvarande under konstruktion.

### KBT-listan

En uppdatering av listans regler pågår, regler och kontrollfrågor kommer att publiceras på hemsidan inom kort. Målet är att minska antalet övertramp på KBT-listan.

### Möte på regeringskansliet

Alexandra Arnberg från styrelsen har tillsammans med bland andra Lars-Göran Öst författat ett remissvar på socialstyrelsens rapport Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa – ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013. Alexandra och Lars-Göran deltog även i ett möte på regeringskansliet där remissinstanserna var representerade. Alexandra rapporterade från mötet att den vetenskapliga nivån på diskussion lämnade en del att önska, tyckande och personliga reflektioner gick stundtals framför vetenskapligt underlag. Flertalet aktörer som företrädare PDT hade en högt ton och var relativt påstridiga i sina budskap samt kritiska till att KBT skulle ha ett bättre vetenskaplig stöd.

### Prenumeration på Beteendeterapeuten

Ett arbete pågår för att organisationer och individer (icke-medlemmar) ska kunna prenumerera på Beteendeterapeuten för 500kr per år.

Ha det gott alla BTF-medlemmar!  
För styrelsen,  
**Olof Johansson**

### Styrelsen:

Björn Paxling, ordförande  
Maria Gustavsson, medlems-  
sekreterare  
Olof Johansson, kassör  
Gösta Liljeholm  
Andreas Karlsson  
Torun Kallings  
Alexandra Arnberg  
Maria Lagerlöf  
Li Wolf  
Diana Fabian  
Matilda Larsson  
Ljufur Dagsson  
Margaretha Bylund-Andersson  
Graciela Rovner (adjungerad)

### Mediakontakt:

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

### Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

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

### Handledarkommittén:

Eva Magoulia  
Mehrddad Beigi  
Eva Gafvelin-Ramberg

### 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  
Marianne Lundahl



”TESTA PÅ”

PSYKBASE

# KAMPANJ

3 MÅNADERS TESTPERIOD



Ett säkert journalsystem som används av 97% av de privata behandlarna i Norge.  
Testa du med!

PsykBase står för:  
**Användarvänlighet**  
**Säkerhet**  
**Drift**  
**Service**

Passa på, testa PsykBase i tre månader.  
Är du inte nöjd, så betalar du inte!

Besök [www.psykbase.se](http://www.psykbase.se) eller ring **031-788 47 46** för mer information!

## Glöm inte att förnya ditt medlemskap i BTF inför 2014!

**Som medlem i Beteendeterapeutiska föreningen får du:**

- Föreningens medlemstidning "Beteendeterapeuten"
- Föreningens vetenskapliga tidskrift "Cognitive Behaviour Therapy"
- Möjlighet att delta i KBT-listan – vårt formidabla nätverk mellan medlemmar
- Möjlighet att (om du står under HSANs kontroll) finnas med på vår offentliga behandlarlista
- Gå på BTFs årskongress med mängder av intressanta föreläsningar

För att förnya ditt medlemskap betalar du in medlemsavgiften med betalkort över Internet på hemsidan! Du hittar all info på **[www.kbt.nu](http://www.kbt.nu)**

Du kan även betala medlemsavgiften till BTF:s plusgirokonto: **850983-8**

Medlemsavgiften är **600 kronor** per år.  
(stödmedlem med studeranderabatt: 350:-, pensionärsrabatt 100:-, dvs 500:- totalt)

Vi hoppas att få se dig som medlem även under 2014!

Hjärtliga hälsningar/  
**BTF:s styrelse**



Författarföreläsning: **Krisstöd** vid olyckor, katastrofer och svåra händelser.

### Modern kunskap om krisstöd: Att stärka människors motståndskraft.

Med utgångspunkt i de mest ansedda internationella och nationella rekommendationerna förklarar Sara Johansson vad som idag rekommenderas för barn och vuxna i det akuta skedet av svåra situationer, vad man idag avråder ifrån att göra och vad som får människan att klara också det svåraste av allt. Föreläsningen ger en grund för att kunna stödja barn, vuxna samt personal som gör insatser vid svåra händelser och är inriktad på hur modern vetenskap omsätts i praxis. Ni får information om hur man som personal klarar att arbeta i mycket svåra situationer. Sara är fil.mag. i psykologi med vidareutbildning i psykotraumatologi och har arbetat för Röda Korset i det akuta skedet i våra händelser i bl.a. Pakistan, Syrien, Utøya och tsunamikatastrofen i Thailand.

Tid och plats: **13 januari**, kl. 13–16:30. Sveasalen på Elite Plaza Hotel, Värsta Hamngatan, Göteborg.

Anmälan: [mail@adSapiens.se](mailto:mail@adSapiens.se), anmälan är bindande och kan överlåtas till annan person.

Kostnad: 500 kronor (exkl. moms). Eftermiddagskaffe ingår. Välkommen att läsa mer på [adSapiens.se](http://adSapiens.se)



**adSapiens**

KBT-workshop i Väst: **Self-compassion** med Dr. Christine Brähler.

**Dag 1: Self-compassion for therapists.**

**Dag 2: Clinical applications of self-compassion.**

Tid och plats: **23–24 januari**, kl. 0.30–17. Sveasalen på Elite Plaza Hotel, Västra Hamngatan, Göteborg.

Anmälan: [mail@adsapiens.se](mailto:mail@adsapiens.se). Anmälan är bindande och kan överlåtas till annan person.

Kostnad: 1 500 kr/dag alternativt 2 500 kr för båda dagarna (priser exklusive moms).

För- och eftermiddagsfika ingår. Workshopen är på engelska.

Välkommen att läsa mer på [ehnvallkbtkompetens.se](http://ehnvallkbtkompetens.se), [vsf-kognitivterapi.se](http://vsf-kognitivterapi.se) eller [adSapiens.se](http://adSapiens.se)



**vsf-**  
kognitivterapi  
**•se**

**adSapiens**

**adSapiens**

**adSapiens** tillhandahåller bland annat

#### Samtalsstöd

Kognitiv och beteendearbetande psykoterapi, KBT  
Kognitiv psykologisk coaching  
Internetbehandling med KBT

#### Handledning för

Psykologer  
Psykoterapeuter  
Arbetsgrupper ex. skolpersonal, vårdpersonal

#### Utbildning

Föreläsningar inom div. områden  
Handlar- och Lärarutbildning  
Kognitiv Psykologisk Coaching  
Skräddarsydda utbildningar inom ex. mindfulness, fyrklövern  
Produktivitet och harmoni på jobbet

Vi är 25 legitimerade psykoterapeuter, handledare och coacher med bred erfarenhet från både företagsvärlden och vården.

Stigbergsliden 5, Göteborg

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

[mail@adSapiens.se](mailto:mail@adSapiens.se)

031-13 87 50



SUICIDPREVENTION I VÄST  
[suicidprev.com](http://suicidprev.com)

