

# Beteende terapeuten



**EABCT2016**

i Stockholm

– mindre än ett år kvar!

Klara Edlund om **KBT**,  
ätstörningar och fetma

## **Radikal behaviorism**

Den seglivade jargongen  
och framtiden

**Jubileumsföreläsning**– Känslorna i fokus hos Wise Mind AB

**ABCT-kongress** – Linda Jüris rapporter från Chicago

**DBT:s exponeringsprotokoll för PTSD** – Tredagarsseminarium med  
Melanie Harned och Annie McCall

# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

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

## Styrelsen

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

Ljufur Dagsson, kassör  
*ljufurdagsson@hotmail.com*

## Övriga ledamöter

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

## Redaktionellt

Det har varit en tung höst i världen och jag tycker att mänskligheten förtjänar några lugna och trivsamma veckor nu. Vare sig en gillar traditionellt jul- och nyårsfirande med släkt och vänner eller föredrar något alternativt upplägg, så är denna period på året en lämplig tid för att ta hand om sig själv och sina närstående.

När du får en stund över mellan julstök och nyårspartaj tycker jag att du ska läsa årets sista Beteendeterapeuten. Som redaktör är jag förstås partisk, men nr 4 ÄR späckat med intressant läsning! Några axplock: Björn Paxling rapporterar från styrgruppens förberedelser inför nästa års stora KBT-händelse, EABCT16. I *Min syn på* har Johan Westöö intervjuat Klara Edlund om KBT, ätstörningar och fetma – det sistnämnda ett av våra stora folkhälsoproblem. BTFs ordförande Linda Jüris har besökt ABCT-kongressen i Chicago och bidrar med en spännande rapport därifrån. Nenad Paunovic har varit på en tredagarstutorial om DBT-PE och delar med sig av sina intryck därifrån. Själv deltog jag i september på Wise Mind ABs jubileumsföreläsning med temat "Rädsla och andra känslor – rapport från labbet och terapirummet", vilket du också kan läsa om i detta nummer.

God jul och gott nytt år!

Anna Eriksson  
Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

|   |    |
|---|----|
| EABCT2016 – mindre än ett år kvar!.....                       | 4  |
| Min syn på: Klara Edlund om KBT, ätstörningar och fetma.....  | 10 |
| Radikal behaviorism.....                                      | 16 |
| Anteckning 15: Den terapeutiska KBT-relationen.....           | 18 |
| Rapport från ABCT15 i Chicago.....                            | 20 |
| Känslorna i fokus på Wise Minds jubileumsföreläsning.....     | 24 |
| Avancerade områden i DBT:s exponeringsprotokoll för PTSD..... | 30 |
| Krönika.....  | 35 |
| Styrelsesidor.....  | 36 |
| Nominera till föreningens priser!.....                        | 38 |

**Manusstopp för nästa nummer:** 10 januari 2016  
Bidrag skickas till: [marvellette@hotmail.com](mailto:marvellette@hotmail.com)  
Textformat: Word/RTF

**Omslag:** Foto: Asha ten Broeke ([sxc.hu](http://sxc.hu))

**Tryck och repro:** Trydells Tryckeri AB

**Redigering och layout:** Emma Olevik

# Ledare:

## Hur världen kan hjälpas

Här sitter jag på flyget till Chicago och skriver. En av höstterminernas viktigaste yrkesmässiga händelser är för mig ABCTs årliga KBT-kongress. Jag ser fram emot seminarier, workshops, nätverkande och att göra så mycket reklam för EABCT16 jag bara kan!

Styrelsens arbetshelg förlades i år till Tallinn där vi passade på att träffa vår estniska systerförening (på tal om att göra reklam för EABCT16). I övrigt arbetar vi vidare med alla våra projekt, som t ex nya hemsidan där det går raskt framåt. Vi har fått se ungefär hur den kommer se ut när allt är klart och vi är mycket nöjda.

**Tack så innerligt för att jag fick växa upp, utbilda mig, få sjukvård, få egna barn i det här fantastiska landet. Jag har alltid känt mig hemma här.**

Styrelsen vill påminna om att det inte blir någon årskongress 2016, eftersom vi hoppas att EABCT16 i Stockholm blir vår naturliga möjlighet till vidareutbildning och nätverkande under kommande år. Årsmöte ska vi naturligtvis ha ändå, vilket kommer äga rum den 18:e mars i Stockholm i Psykologpartners lokaler (tack så mycket för att vi får låna dem!). Vi kommer också hålla ett öppet föreläsningsspår för allmänheten där våra medlemmar Alexander Rosental, Liv Svirsky och Anna Bennich Karlstedt kommer att bidra med sin tid och expertis!

I styrelsen arbetar vi också med utåtriktad verksamhet i sociala medier - just idag har vår Facebookgrupp 1091 medlemmar! Ett av de klokaste Facebook-inlägg jag läst i år är ett som är skrivet av vår medlem Niclas Almén – det berör många av oss (inlägget här aningen nedkortat):

*Hur världen kan hjälpas:*

Ge HJÄLPANDE BETEENDEN positiv uppmärksamhet (ex. istället för att hjälparen kritiserar för att hjälpa x och inte y). När HJÄLPANDE BETEENDEN ges positiv uppmärksamhet så kommer de med stor sannolikhet att ÖKA:

1) hos UTFÖRAREN av det hjälpande beteendet, eftersom vi människor tenderar att upprepa beteenden som leder till positiva konsekvenser, och

2) bland OMGIVANDE PERSONER som får kännedom om hjälpbeteendet, genom "social positiv smitta".  
På vilka sätt kan HJÄLPANDE BETEENDET öka? Jo, det kan öka i ANTAL, i TIDSLÄNGD, i BETYDELSE samt via SPRIDNING. Varje enskild individ kan således bidra konstruktivt till en bättre värld genom att:

- 1) UTFÖRA HJÄLPANDE BETEENDEN
- 2) GE POSITIVA KONSEKVENSER till personen/personerna som utförde det hjälpande beteendet (ex. genom att visa uppskattning)
- 3) SPRIDA INFORMATION OM DET HJÄLPANDE BETEENDET

Jag försöker bete mig i enlighet med 1 efter bästa förmåga. Här kommer mitt bidrag vad gäller 2 & 3; Tack så innerligt för att jag fick växa upp, utbilda mig, få sjukvård, få egna barn i det här fantastiska landet. Jag har alltid känt mig hemma här.

Linda Jüris

Ordförande i BTF och dotter till två bätflyktingar som kom till Sverige 1944, efter tur på stormigt hav i små skrangliga båtar. Bifogar en bild på min mamma som 4-åring, när hon precis kommit iland på Gotland.

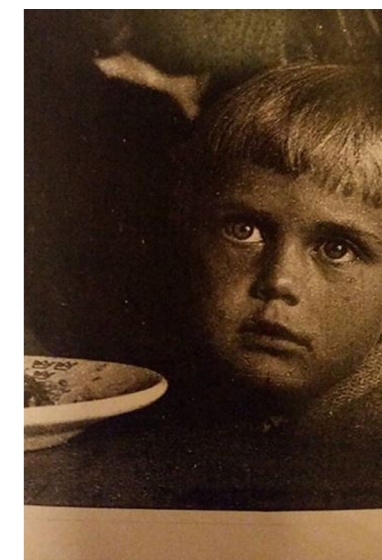


Foto: David Holmert

# EABCT2016

– mindre än ett år kvar!

**Björn Paxling rapporterar om hur förberedelserna inför nästa års stora KBT-happening fortskrider.**

Text: Björn Paxling

Foto: Michael Jansson och Björn Paxling

Nu mina BTF-vänner, är vi som arrangerar nästa års stora KBT-händelse i slutspurten, och det känns helt fantastiskt! Sedan senast har vi varit på 2015 års EABCT-kongress i Jerusalem, en kongress som har varit omgärdad av mer kontroverser och konflikter än någon tidigare kongress jag varit med om. Mötet i Reykjavik 2011 då alla representanter för EABCT-anslutna föreningar enhälligt röstade för att kongressen 2015 skulle hållas i Jerusalem var mitt första som representant för BTF. Kristoffer NT Månsson från sfKBT hade precis officiellt blivit min "buddy" i EABCT, vilket innebar att han åtog sig att förklara hur representantmötena fungerar samt introducera mig till andra representanter, något jag tycker att han skött galant. Det var sedan ganska lugnt kring Jerusalem-kongressen fram till Haag-kongressen 2014, då många representanter plötsligt uttryckte skarp kritik mot att vi

skulle ha en kongress i Jerusalem, och vi representanter blev också kontaktade av externa parter som uppmanade oss att bojkotta kongressen i Jerusalem. Min egen hållning var att jag som förtroendevald representant inte själv skulle ta ett sådant beslut, utan att det

var en fråga för BTFs styrelse och medlemmar att ta. Till syvende och sist valde både BTF och sfKBT att skicka sina representanter så att vi hedrade den omröstning vi själva var med på, att 2015 års EABCT-kongress skulle hållas i

Jerusalem. Kongressupplevelsen blev sedan väldigt positiv, det var fler deltagare än vad som kunde förväntas och stämningen var mycket god. Vår monter för EABCT2016 i Stockholm var mycket välbesökt, och mycket av min tid på kongressen spenderades i just montern.

**Representantmötet bjöd på** flera trevliga agendapunkter, såsom en

ordentlig revidering av regelverket för EABCT där vi från svenska representantsidan varit aktiva i förarbetet. Allra mest glädjande var förstås att Kristoffer NT Månsson valdes som kassör för EABCT, en mycket hedrande post, och första gången på lång tid som en svensk sitter i EABCT-styrelsen! Annars är det en lite underlig upplevelse att vara på den här typen av kongress när vi själva står inför att arrangera EABCT2016, mitt fokus och mina tankeprocesser hamnar främst kring hur vi kan undvika fallgropar när det är vår tur, så själva programinnehållet är inte av lika stort intresse som det varit tidigare år när jag varit på KBT-kongresser. På kongressens avslutning hölls en keynote av Dr Sarah Abu-Kaf från Ben-Guiron university i Israel som bland annat talade om hur mående och framtidsinriktade tankar förändrats i Palestina efter israeliska militära operationer i områdena. Från mitt perspektiv var det ett modigt val av avslutningstalare och tema som på ett bra vis sydde ihop kongressens tema om hopp och medkänsla för människor i konfliktzoner. Efter presentationen delades det ut pris till de som gjort de bästa vetenskapliga postrarna under kongressen, och jag fick här äran att ta emot ett pris för Kristoffer NT



*Större delen av arrangörsgruppen samlad på brygga vid Solvik.*

**Vi är ett stort gäng peppade KBTare som gör vårt yttersta för att skapa en fantastisk och minnesvärd kongress som svenska KBTare ska kunna vara stolta över.**

Månsson som inte hade möjlighet att närvara under avslutningen. En rolig detalj i sammanhanget är att den fina plaketten för en av de bästa postrarna hade blivit felstavad, så priset Kristoffer erhöll var en "poser-award". Kongressen avslutades sedan med att en representant för nästa års arrangörsgrupp höll ett anförande, d v s jag själv. Jag talade om att Sverige inte är så dyrt som många tror, om Stockholm som turistmål, och om de delar av vår kommande kongress som vi är mest stolta över. Avslutningsanförandet fick ett varmt mottagande och gav mig ännu mer sug och pepp inför 2016 års kongress!

**Tre veckor efter kongressen** i Jerusalem var det dags för nästa större EABCT-relaterade aktivitet – storgruppsmötet! Vi har ju sedan flera år arbetat i en mindre grupp, den så kallade styrgruppen, som är själva navet i planerandet och genomförandet av

kongressen. Allt eftersom har det sedan skapats flera olika arbetsgrupper med olika ansvarsområden. Nu, ett knappt år innan vår kongress, var det dags att samla oss alla på en och samma plats för att planera tillsammans, informera varandra om vad vi pysslar med, och ha trevligt ihop. Platsen som valdes heter Solvik, en anläggning som tillhör Medicinska Föreningen och är belägen i Stockholms skärgård. Solvik kan nyttjas av personer som är med i Medicinska Föreningen, och vi är mycket tacksamma över detta! Vi som är med i styrgruppen kom dit redan på fredagen för ett lite längre styrgruppsmöte. På lördagens förmiddag började sedan alla människor från olika arbetsgrupper anlända, och vi åt lite förmiddagsfika innan agendan för dagen sattes igång. Först ut var en presentation från oss i styrgruppen där vi berättade om bakgrunden till att vi ska arrangera kongressen, lite om Sveriges två

KBT-föreningar, och om hur EABCT är uppbyggt och fungerar. Jag upplevde det som väldigt nostalgiskt att få prata om den där styrelsehelgen för BTF-styrelsen sensommaren 2011 när vi beslöt att utvidga samarbetet med sfKBT och gemensamt avstå Psykoterapimässan för att satsa mer på andra håll. KBT-dagarna som sedan följde 2012 är ett riktigt ljuvligt minne att plocka fram ibland och mysa med. Särskilt fokus under vår presentation låg på besökarnas kongressupplevelse, hur vi över arbetsgruppernas gränser kan arbeta med att skapa en helhetsupplevelse och känsla av sömlöshet, samt hur vi sedan många år i styrgruppen arbetat utifrån målbilden att besökarna av vår kongress ska utbrist "Dom har fan tänkt på allt!". Vi lyfte också sådana aspekter med just vår kongress som vi är särskilt stolta över, som att arbetet utförs av ideella krafter i större utsträckning än vanligt, att vi har en utarbetad miljöpolicy, vårt



Ett inspirerande "rum" för ett av spåren i lördagens Open Space-möte.

**När jag själv varit ute och marknadsfört vår kongress i internationella sammanhang så blir det särskilt positivt respons på just denna unika upplevelse.**



Återhämtande aktiviteter glömdes inte bort!

styrdokument kring jämställdhet, och KBT-expon som kommer arrangeras under kongressen.

**Nästa presentation** var från marknadsföringsgruppen, som beskrev hur deras arbete varit upplagt hittills, och vilka planer som finns framåt på detta område. Som jag nämnde i föregående nummer av Beteendeterapeuten så har vi ett marknadsföringsarbete för vår kongress som vida överträffar vad vi sett under tidigare års EABCT-kongresser, och vi både tror och hoppas att detta ska ge god utdelning i form av många besökare. Marknadsföringsgruppen lyfte bland annat vilken hjälp de får utifrån, som när BTF-styrelsen förlade ett möte i Estland och där arbetade med att marknadsföra vår kongress. På hemsidan ([eabct2016.org](http://eabct2016.org)) och på kongressens Facebook-sida läggs nytt material löpande upp, och där jag själv tycker att det roligaste är de videoklipp som finns där olika KBT-relaterade personer berättar om sin koppling till Sverige och varför de tycker att alla bör besöka vår kongress. Under hösten har vi på olika vis närvarat vid sfKBTs årsmöte i Göteborg,



Glada skrattande människor, nyfiket lyssnande människor, hårt jobbande människor - alla får plats i arrangörgruppen för EABCT2016!



**Det kom så många bra förslag och peppande idéer från alla möjliga personer.**

vid ABCTs kongress i Chicago och nu senast i Norge där Norsk forening for kognitiv terapi hade årskongress.

**Gruppen för sociala aktiviteter** under kongressen stod för nästa programpunkt. På planeringsbordet finns gemensamma löpturer för intresserade under kongressveckan, båttur i Stockholms vackra vatten, eftersnackshäng efter kongressens avslut, och picknick dagen efter att kongressen är över. En särskilt spännande aktivitet som diskuteras i gruppen är acroyoga, som beskrivs som en kombination av traditionell yoga, acrobatik och thaimassage!

**Efter en fikapaus** intog vi åter åhörarsalen på Solvik, och galamiddagsgruppen höll sin presentation. Vi fick en målande beskrivning av hur rekryteringen till arbetsgruppen gått till med smicker och vin, hur gruppen har haft väldigt roligt i sitt arbete, men också hur utmanande det är att finna en lokal som kan ta riktigt många middagsgäster samtidigt som arrangemanget kostnadsfritt ska bära sig själv och kuvertavgiften inte får bli avskräckande dyr. Gruppen hade till våren 2015 tagit

fram olika förslag på lokaler och upplägg, och styrgruppen tog sedan beslut i enlighet med galamiddagsgruppens eget önskemål, nämligen att vi kommer att hålla till på Vasamuseet! En trerätters måltid kommer att serveras på bord uppdukade bredvid Vasaskeppet, och kvällen kommer att förgyllas av livemusik och fest in på småtimmarna. När jag själv varit ute och marknadsfört vår kongress i internationella sammanhang så blir det särskilt positivt respons på just denna unika upplevelse, och jag ser verkligen fram emot att få bjuda in massor av KBTare till Sveriges mest välbesökta museum.

**Sponsorgruppen** och volontärgruppen höll i nästa programpunkt, där vi bland annat fick information om hur arbetet med att sätta samman olika sponsorerbjudanden gått till och hur arbetet löper på just nu. Gruppen söker både efter större sponsorer (guld, silver, brons) som får monterutrymme under kongressen och stor exponering av sitt varumärke, och mindre företag med begränsad budget som kan välja att bli "Friend of the congress" för 5000 kronor vilket ger exponering i

kongressmagasin och på hemsida, samt en extra bra känsla i hjärtat (om det låter intressant så kontakta [sponsoring@eabct2016.org](mailto:sponsoring@eabct2016.org) för vidare diskussion). Volontärrekryteringen har inte satt igång på allvar, men vi fick en inblick i hur det arbetet planeras och förbereds.

**Dagens sista presentation** hölls av expogruppen, som arbetar med en större utställning/exposition som ska hållas i kongresslokalerna under hela kongressveckan. Tanken bakom detta är att mycket yta och möjligheter ofta går förlorade under större kongresser eftersom fokus ensidigt ligger på det vetenskapliga programmet. Med denna utställning vill vi komplettera det vetenskapliga programmet på så vis att besökarna ska känna att de omges av kongressens tema "Roots and present branches of CBT", samt en inblick i hur framtiden kan komma att gestalta sig. Räkna med både intressanta texter och bilder, och att utställningen kommer att skapa "interaktion, häpnad och förvåning". Det här blir en nyskapande och spännande del av kongressen som vi tror och hoppas kommer att sticka ut och bidra till helhetsupplevelsen.

**Resten av arbetshelgen**, lördag eftermiddag och söndag förmiddag, arbetade vi utifrån konceptet ”Open space”, där agendan satts av alla medverkande tillsammans, och där samarbete mellan arbetsgrupper uppmuntrades och konkretiserades. Efter bara några minuters diskuterande i olika grupper kändes det att vi gjort helt rätt som valt detta öppna upplägg på mötet – det kom så många bra förslag och peppande idéer från alla möjliga personer, både inom det område de själva jobbar med, och om helt andra delar av kongressen. Många uttryckte att det var givande och viktigt att få en större insyn i och överblick över allt som sker i förarbetet till vår kongress, och det i sin tur ledde till att man kunde fokusera på den övergripande kongressupplevelsen och se vilka möjligheter till samarbete och tematiska länkar det finns mellan de olika arbetsgrupperna.

**Efter en lång arbetsdag** på lördagen hade vi fri aktivitet, där några promenerade, andra sprang, några gick på lina och ytterligare någon tog ett dopp. Ett gäng arbetade vidare, men inte med kongressförberedelser, utan med att förbereda en ordentlig festmåltid till kvällen! Inför arbetshelgen hade alla som skulle delta tillfrågats om de ville välja en låt som hade någon särskild betydelse för dem eller för deras arbete med kongressen, så under middagens andra hälft började vi läsa upp motiveringarna och spela varandras låtar på stereon. Det blev en härlig blandning av musik, god mat och härligt umgänge! Kvällen rundades sedan av i Solviks vedeldade bastu.

**Sammantaget flyter arbetet** med EABCT2016 på väldigt bra, vi är ett stort gäng peppade KBTare som gör vårt yttersta för att skapa en fantastisk och minnesvärd kongress som svenska KBTare ska kunna vara stolta över, och utländska besökare förhoppningsvis kommer häpnas av. Att träffas i storgrupp var något som samtliga närvarande var väldigt nöjda med, och ett till sådant möte planeras just nu framåt slutet av våren 2016.

\*



*Maria Lagerlöf berättar om möjliga sociala aktiviteter under kongressveckan.*



*Tadeusz Jarawka och Sofia Anderstig under sponsorgruppens presentation.*



*Prissättning av galamiddagen diskuteras.*

## Personer som jobbar med EABCT2016

### Steering committee

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

### Scientific committee

Professor Gerhard Andersson, chair  
 Dr Astrid Palm Beskow  
 Professor Ata Ghaderi  
 Dr Cecilia Svanborg  
 Dr Ewa Mörtberg  
 Professor Lars-Gunnar Lundh  
 Professor Lars-Göran Öst  
 Professor Maria Tillfors  
 Professor Per Carlbring  
 Professor Steven Linton  
 MSc Kristoffer NT Månsson

### Marketing

Erica Skagius Ruiz  
 Frida Gustafsson  
 Marie Brorell

### Gala dinner

Elin Lindsäter  
 Jens Driessen  
 Karoline Kolaas  
 Christer Andemark  
 Johanna Andersson

### Social activities

Maria Lagerlöf  
 Olof Molander  
 Katja Sjöblom  
 Daniel Björkander

### Expo group

Nils Isacson  
 Malin Fröberg  
 Anneli von Cederwald  
 Alexander Örtenholm

### Sponsor group

Tadeusz Jarawka  
 Sofia Anderstig  
 Britta Westerberg  
 Gustav Karlsson



EABCT 2016  
 31 AUG – 3 SEPT  
 STOCKHOLM  
 SWEDEN

## Klara Edlund om KBT, ätstörningar och fetma

**Denna gång har vi vänt oss till Klara Edlund som har specialkunskaper kring ätstörningar och fetma för att höra hennes syn på området och KBT. Klara är leg. psykolog, leg. psykoterapeut, klinisk handledare i KBT och docent i psykologi vid Uppsala universitet och är verksam på Uppsala KBT-mottagning.**

Text: Johan Westöö

Foto: Stewen Quigley, Asha ten Broeke, rbayrak (sxc.hu)

### Hur har du arbetat med och kommit i kontakt med området ätstörningar och övervikt/fetma?

Jag har arbetat med problem relaterade till mat, vikt, ätbeteende, kroppsuppfattning på olika sätt i över 20 år. Det hela började med min doktorandtid hos professor Per-Olow Sjödén, Uppsala universitet, som tyvärr inte finns med oss längre. Där handlade forskningen om att identifiera risk- och skyddsfaktorer för ätstörningar bland svenska skolflickor. Därefter följde riktat kliniskt arbete med patienter med fetma med eller utan hetsättningsstörning. Det är en grupp som jag arbetat mycket med i snart 15 år nu. Jag har även arbetat en hel del med patienter med anorexi, bulimi och andra typer av störda ätbeteenden. Ytterligare ett område jag arbetar med sedan några år tillbaka är ätstörningar inom elitidrotten. Där är det såväl idrottare på landslagsnivå och strax därunder som s k ”elitmotionärer” som söker KBT för sina ätstörningar.

### Hur delar man in fältet ätstörningar och fetma/övervikt avseende diagnoser och patientgrupper?

Fetma är en mycket enkel diagnos att ställa. Har man ett Body Mass Index (BMI) > 30 så har man sjukdomen fetma. BMI beräknas enligt följande: vikt i kg/längd i m<sup>2</sup>. Normalvikt ligger mellan BMI 18,5-24,9 och övervikt

25-29,9. Man kan säga mycket om BMI som mått – men här kanske det räcker med att det ger oss en fingervisning på populationsnivå om personers risk för allvarliga komplicerande tillstånd till fetma. Övervikt betraktas som ett för stadium till fetma. Eftersom det i princip inte sker någon spontanläkning av fetma ses övervikt som ett förstadium till fetma som också bör tas på allvar. I varje enskilt fall behöver BMI användas tillsammans med sedvanlig klinisk bedömning.

Fetma klassas som en kronisk sjukdom – något som fastställdes av WHO redan 1997 och där flera tongivande organisationer (t ex Council of the Obesity Society (Allison, Downey, Atkinson et al., 2008); The American Association of Clinical Endocrinologists (Mechanick, Garber, Handelsman et al., 2012) följt efter. Skälet till att detta är av stor betydelse är att fetma i hög utsträckning handlar om genetiska och hormonella faktorer som inte låter sig påverkas av beteende och livsstil. Betyder det då att man inget kan göra? Nej tvärtom - det betyder att det finns massor vi behöver göra - och vi behöver göra det under lång tid. Med långsiktiga, långvariga och intensiva insatser kan vi aktivt arbeta för att bromsa följsjukdomar (t ex diabetes typ 2, hjärt- kärlsjukdom, leversjukdom, ledsjukdomar och ofrivillig

barnlöshet). En annan viktig del i arbetet är att bryta en uppåtgående vikt-kurva. Att etablera en långsiktigt stabil vikt. Det är lättare sagt än gjort! Det behövs en ökad förståelse för att fetma är ett kroniskt tillstånd som precis som andra kroniska tillstånd (t ex allergier, diabetes, reumatiska sjukdomar) behöver olika mycket insatser under olika perioder i livet. Man blir inte ”botad” – men det finns ändå mycket vi kan göra – inte minst med KBT. Fokus i arbetet behöver flyttas från siffror på vågen till hälsosamma mätbara beteenden som kan bidra till en hållbar livsstil. Detta även om vikten är högre än vad man hade tänkt sig.

I DSM-5 finns fem ätstörningsdiagnoser – anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning, andra specificerade ätstörningar eller födo-relaterade syndrom och ospecificerad ätstörning eller födo-relaterat syndrom. Den diagnos som är vanligast tillsammans med fetma är hetsättningsstörning. Man möter även ibland bulimi. Den största skillnaden handlar om hur patienten kompenserar efter en hetsätning – d v s om det förekommer självframkallade kräkningar eller överdriven träning i syfte att kompensera för föregående hetsätning. Hetsättningsstörning handlar om kraftiga impulser att hetsäta. Under själva hetsätningen upplever

**Fokus i arbetet behöver flyttas från siffror på vågen till hälsosamma mätbara beteenden som kan bidra till en hållbar hälsosam livsstil.**



Klara Edlund

personen kontrollförlust. Hetsätningen kan vara stor (objektiv) – d v s personen äter större mängd under en kortare period än vad som skulle betraktas ”normalt” under rådande omständigheter. Det kan också handla om små upprepade episoder av hetsätning (subjektiva episoder) som mer kan liknas vid ett kaotiskt småätande – ibland under flera timmar. Även här finns kontrollförlust. Detta beteende kallas ofta för ”grazing” och det är inte ovanligt efter det att personer med fetma genomgått kirurgisk behandling för fetma – s k ”viktoperation”. Detta är dock en term som vi inte använder. Litteraturen på det här området är motsägelsefull.

### Vilka KBT-behandlingar finns för de olika problemen inom området och hur konceptualiseras problematiken enligt dem?

För hetsättningsstörning är det KBT och IPT som har bäst stöd i litteraturen. Vad gäller KBT för hetsätning tillsammans med övervikt/fetma ligger fokus på att bli fri sin hetsätning och i första hand komma till ro med sin vikt som den är. Innehållet i den behandling som jag arbetat mest med – ett behandlingsprogram som är utarbetat efter Denise Wilfleys program i St Louis, Missouri, USA (Edlund & Ghaderi, 2009) - handlar om att stabilisera en regelbunden måltidsordning, väga integrera en

variation av livsmedel för att dels hålla sig mätt och nöjd under hela dagen men också för att få i sig tillräckligt med energi. Det många inte tänker på är att det är vanligt med näringsbrist bland patienterna. En regelbunden måltidsordning med måltiderna jämnt fördelade över dagen minskar impulser att hetsäta. Det är också effektivt för att hantera sötsug. Många av patienterna har ”bantat” under långa perioder. Det kan vara en stor utmaning att våga äta mat som man under lång tid förbjudit sig själv av rädsla för viktuppgång. Undvikande av fysisk aktivitet är en vanlig svårighet. Ökning av fysisk aktivitet är därför också en viktig del. Fysisk aktivitet bidrar till att minska

sötsug, impulser att hetsäta samt påverkar stämningsläget generellt. Beteendeförändringar utgår från funktionella analyser och med hjälp av KBT-tekniker. Det är viktigt att komma ihåg att de beteenden som vidmakthåller problemen inte handlar om informationsbrist vad gäller kost och motion. Det handlar om stora svårigheter – ofta tillsammans med nedstämdhet, ångest och ibland även missbruk och ADHD.

När hetsättningsproblematiken stabiliserat sig eller upphört ligger fokus i behandlingen på emotionsreglering utan mat, att komma till ro med sin kropp genom exponering för situationer som är ångestfyllda (t ex gym,

badhus, fester, provhytter, intima relationer). Det handlar om att våga leva det liv man vill ha – oavsett vikt. Att identifiera hindren och att våga exponera sig för de steg som krävs för att nå sina mål. Mål för behandlingen är således inte viktneidgång utan ett liv utan hetsätning och med stabil vikt.

## Är det sant att det är "kört" gällande psykologisk behandling av övervikt?

Det beror på vad man menar! Om vi menar viktreduktion till följd av beteendeförändring som håller sig över tid så är chanserna små. Man lyckas alltså gå ner i vikt på kort sikt – men eftersom resultaten inte är bestående är det ganska ointressant. Det finns dock ett fåtal studier där man följer personer som minskat sin vikt med 20% eller mer och som hållit sin nya vikt stabil i minst fem år. Gemensamt för dessa

## Budskapet bör vara att det som gynnar hälsan långsiktigt är de livsstilsförändringar som går att leva och trivas med under lång tid.

ca 5000 personer är att de för matdagbok och tränar i princip en timme om dagen. Med andra ord finns det väldigt lite kunskap om vidmakthållande av viktneidgång efter livsstilsförändringar. Dock kvarstår dystra fakta att de allra flesta kan gå ner i vikt – men nästan alla går också upp igen inom ett år. I läsandet stund kan 5000 personer låta som en stor grupp vilket det inte är. Tvärtom är detta en mycket liten grupp om man sätter i perspektivet hur många personer över världen som kämpar mot övervikt och fetma dagligen.

Om man som psykolog istället lyfter blicken från vägen till personen kan man arbeta med andra problem relaterade till vikten. Många med övervikt/fetma har som nämnts en samtidig ätstörning. Det kan förekomma stort lidande som handlar om missnöje med kroppen, undvikanden som blir direkt funktionssänkande i livet, skam, nedstämdhet m m. Det finns mycket att göra för den här gruppen som handlar om att komma till ro med livet för att

leva det liv man vill ha - oavsett vikt. Det kan handla om att våga söka jobb, ha en intim relation, gå på badhus, prova kläder, bära kläder som sitter åt. När man möter en patient med övervikt eller fetma är det viktigt att vara ärlig med att det patienten helst vill ha hjälp med - snabb viktneidgång - inte är möjlig att åstadkomma annat än på kort sikt. Här behöver man klargöra för patienten varför det är så svårt, att detta hänger samman med vår biologi och vår evolutionshistoria, inte något som är defekt hos patienten. Detta till trots kan beskedet innebära sorg och kräva mycket arbete med acceptans.

## Hur ska man tänka och kommentera de olika signaler i media och samhället om olika metoder för viktminskning som finns?

Övervikt och fetma betraktas som ett av de största globala hälsoproblemen i modern tid. Nästan varannan vuxen i Sverige har övervikt och ca 10-12% har fetma. De socio-kulturella budskapen betonar samband mellan låg vikt, skönhet och framgång. Studier visar att personer med övervikt och fetma diskrimineras i såväl

arbetsliv som sjukvård. Redan bland små barn kan man se att de värderar andra barn som är överviktiga eller feta som mindre lockande att vara vän med. Kulturella och sociala värderingar medför en önskan om att vara smal. Olika "lösningar" för enkel viktneidgång är idag en mångmiljardindustri världen över. Det är inte svårt att förstå att det ligger nära till hands att prova dessa lösningar om man har en önskan om viktneidgång. Många är mer eller mindre förtvivlade över sin vikt. Tron att vikt avspeglar självdisciplin och karaktär är vedertagen och att lösningen handlar om att "bestämma sig". Den här bilden stärks dagligen via media, kända personer och viktminskningstjänster. Sedan ska nämnas att det även finns aktörer på marknaden som gör ett seriöst jobb – dock utan

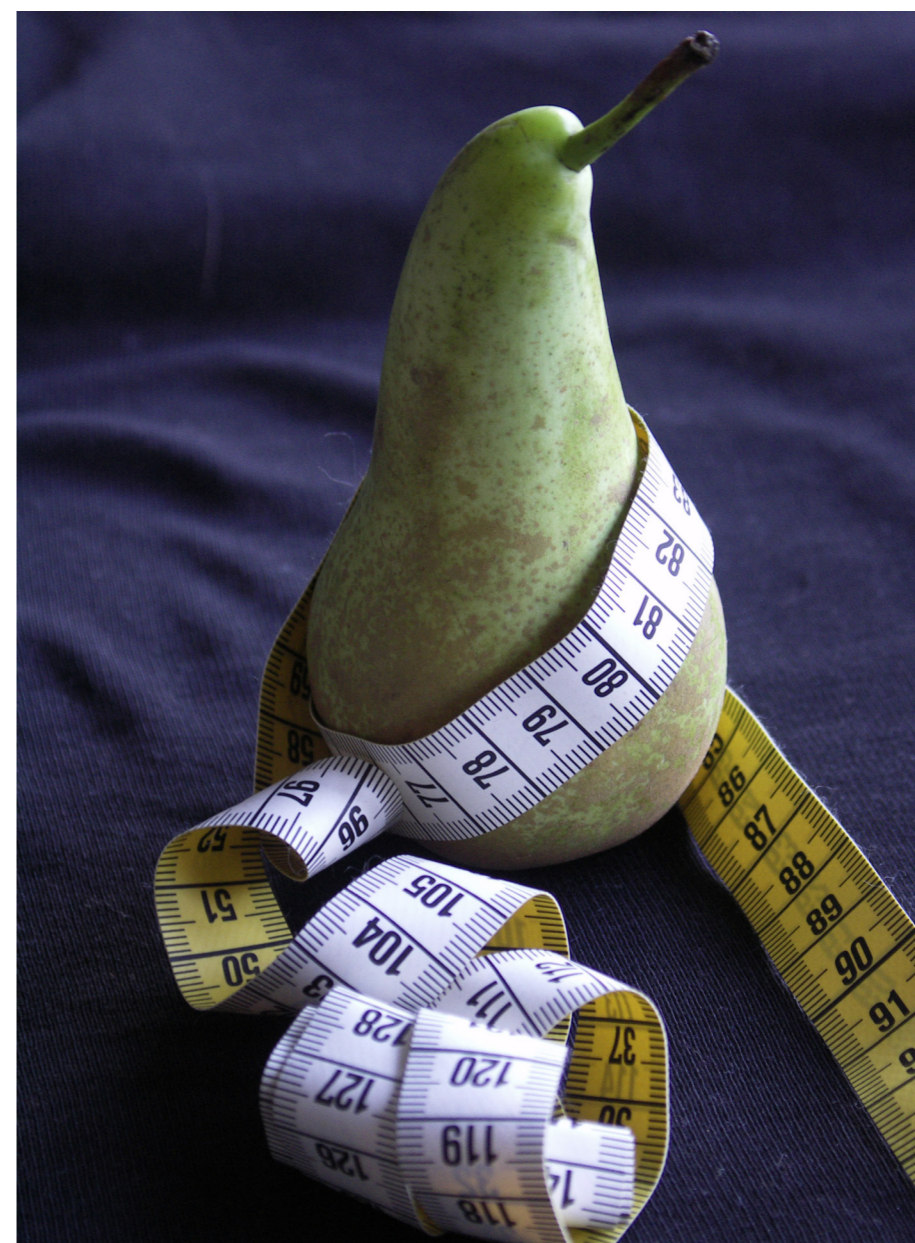
att ta hänsyn till något annat än vikten (t ex ätstörningar, nedstämdhet).

Då vi vet att i princip alla metoder för kortsiktig viktminskning resulterar i viktuppgång tänker jag att vi kan se de metoder som förespråkas som en stor del av problemet för dem som vill komma till rätta med sin vikt. Man betalar alltså för problemet - inte lösningen! Problemet här blir att många tror att det var under den tidsperiod när "kuren pågick" som "det gick bra" (d v s vikten minskade) och att det var efteråt som problemen startade. I själva verket är det alltså tvärtom - lösningen är problemet - även om den medför kortsiktig viktneidgang.

Hur ska vi se på budskapet från media? De förmedlar att snabb, stor och hållbar viktneidgång är möjlig. Det kanske det är - om man som i realityshowen "Biggest loser" ägnar sig enbart åt det. Annars inte. Budskapet bör vara att det som gynnar hälsan långsiktigt är de livsstilsförändringar som går att leva och trivas med under lång tid. Men det ger varken löpsedlar eller TV-tid.

## Kirurgisk behandling för fetma – vad ska vi tänka om det?

Kirurgisk behandling för fetma – s k "viktoperation" är idag mycket vanligt. Det vanligaste ingreppet är Gastric Bypass (GBP). Cirka 15 000 operationer genomförs årligen i Sverige. Vid GBP kopplas större delen av magsäcken och tolvfingertarmen ur så att all intagen föda passerar bara en liten magsäcksficka och därefter direkt ut i tunntarmen. Magsäcken är alltså frikopplad och dess reservoarfunktion satt ur spel – därför kallas det bypass. Ingreppet medför att man inte längre kan äta stora portioner. Däremot kan man äta små portioner långsamt av i princip all mat. Biverkningarna är vanligen relativt små. GBP innebär en livslång förändring av både anatomi och fysiologi i övre mag- tarmkanalen. GBP betraktas idag som det mest effektiva sättet för att behandla fetma. Metoden betraktas som säker och effektiv. Det finns en stor svensk multicenterstudie (Swedish Obese Subjects (SoS); 2007; 2014) som vid både 10- och 15-årsuppföljning påvisat signifikant förbättrad hälsa vad gäller t ex diabetes typ 2, hjärt-kärlsjukdom, fertilitet,



Övervikt och fetma betraktas som ett av de största globala hälsoproblemen i modern tid.

livskvalitet och minskad död i till fetma relaterade sjukdomar.

Är då allt rosenrött? I den svenska SoS-studien tittar man inte i någon större utsträckning på psykisk ohälsa såsom ätstörningar, ADHD och depression. Alkoholkonsumtion finns dock med. Det diskuteras i litteraturen om ätstörningar påverkar GBP-behandling negativt – och resultaten går isär. Initialt kan man se att symtom på störda ätbeteenden (framförallt hetsätning) minskar eller försvinner efter ingreppet. Dock verkar problem med hetsätning komma tillbaka eller eventuellt uppstå cirka 2 år efter ingreppet. Hetsätning är en faktor som kan bidra till utebliven

viktneidgång eller viktåteruppgång efter GBP. Det finns också rapporterat ökad förekomst av depression och onaturlig död (självmod och våldsamma olyckor) ett par år efter ingreppet. Studier har också visat ökad förekomst av alkoholproblem i gruppen personer med fetma som behandlats med GBP. En italiensk forskargrupp har visat (Castellini m fl, 2013) att personer med fetma som önskade behandling med GBP hade högre BMI, mer förekomst av hetsätning, mer generell psykisk ohälsa samt nedstämdhet som ökade med stigande BMI. Detta till skillnad från dem som önskade icke-kirurgisk behandling. Med detta vill forskargruppen belysa att de som söker kirurgisk behandling inte alltid fattar

det beslutet på basis av rådande rekommendationer - nämligen att förbättra sin metabola status. Snarare för att hantera den ångest och stress som fetma kan medföra.

## Har KBT någon plats vad gäller kirurgisk behandling för fetma?

Cirka 30% av dem som genomgår GBP får inte önskad effekt av sin behandling. Samtidigt oroas vi av en för hög förekomst av onaturlig död (högre än i den generella befolkningen), alkoholkonsumtion, depression och ätstörningar. GBP är ett ingrepp som kräver långvariga livsstilsförändringar vad gäller mat och ätbeteende samt kanske även nya färdigheter för emotionsreglering. I



Nästan varannan vuxen i Sverige är överviktig och ca 10-12% lider av fetma.

## De sociokulturella budskapen betonar samband mellan låg vikt, skönhet och framgång.

dagsläget finns få psykologer kopplade till arbetet med GBP. De få som finns arbetar sällan eller kanske aldrig med KBT. Bedömning av psykisk ohälsa innan ingreppet skulle kunna förebygga depression, ätstörningar, alkoholproblem och självmord efter GBP.

I Norge publicerades en studie 2014 där man arbetade med kombinationen KBT och GBP. Syftet var att med KBT etablera de livsstilsförändringar som krävs för en lyckad behandling samt erbjuda stöd i den stora process som GBP innebär. Studien visade att de patienter som fick 10 sessioner KBT innan ingreppet uppgav minskade symtom på störda ätbeteenden, ångest och nedstämdhet signifikant mer än en kontrollgrupp (n=50/grupp). Gruppen som fick KBT minskade också 3 kg i vikt under den pre-operativa fasen.

Liknande arbete pågår i Holland som inte är publicerat än.

Sammanfattningsvis är fetma ett kroniskt tillstånd som kräver långvariga och intensiva insatser på olika sätt. Mest effektivt för viktreduktion och förbättring av metabola sjukdomar är GBP. KBT kan vara av stor betydelse både vid icke-kirurgisk och kirurgisk behandling så till vida att det finns många aspekter av psykiskt lidande och ohälsa kopplade till fetma. Dock ska inte insatser riktade på snabb viktreduktion sanktioneras eller tillämpas då det ökar risken för viktuppgång och försämrade medicinsk status.

**Tack Klara för en mycket intressant och givande intervju kring ett av våra stora folkhälsoproblem!**

SCHEMATERAPIUTBILDNING

# Med POUL PERRIS

21-22 mars 2016

Lund

Modul B och C preliminärt under hösten 2016



OCKSÅ AKTUELLT

**RFT (Relational Frame Theory) & ACT** med Niklas Törneke  
En modulutbildning för psykologer | Prel. hösten 2016

**8-VECKORSPROGRAM I MBSR** med Helena Bjuhr & Arpad Vörös  
Kursstart: 20 januari 2016

**ACT - EN UPPLEVELSEBASERAD INTRODUKTION** med Daniel Ek  
Datum: 21-22 april 2016

**INTRODUKTIONSKURS I KBT** med Jens Knutsson & Anna Pardo  
Kursstart: 31 maj 2016

**STEG-1 I KBT**  
Kursstart: 30 mars 2016

FÖR MER INFO & ANMÄLAN BESÖK:  
[www.kognio.se](http://www.kognio.se)

Kognio - centrum för KBT, Annedalsvägen 9 i Lund



# Radikal behaviorism; den seglivade jargongen och framtiden



Amira Hentati

**Amira Hentati delar med sig av sina funderingar kring varför beteendeterapi ibland likställs med "quick fix".**

Text och foto: Amira Hentati, psykologstudent vid Linköpings universitet

Skinnerns experimentella forskning på operant betingning har, kort och gott, underlättat oerhört för utvecklingen av inlärningsteori och beteendeterapi. Radikalbehaviorismen med Skinner i förgrunden, liksom beteendeterapi, har dock under decennier kommit att möta kritik, inte minst av Chomsky under sent 50-tal (Chomsky, 1959). Enligt min uppfattning är dock fler än Chomsky kritiska. Mellan fascination och nyfikenhet för ämnet möts jag i ibland mitt privatliv, liksom i universitetsvärlden, av en kritisk jargong som präglas av att beteendeterapi likställs med "quick fix"; en snabb, ytlig och tillfällig åtgärd.

**Således gör kritiken mig smått förtvivlad, då jag finner den missvisande.**

Förvisso kan beteendeterapier vara korta, men jag skulle vilja beskriva beteendeterapi som en vetenskapligt grundad terapimetod som syftar till att på ett *flexibelt, djupgående och ödmjukt* sätt hjälpa klienter att få ökad förståelse för sin situation samt hjälpa klienter från lidande *långsiktigt*. Således gör kritiken mig smått förtvivlad, då jag finner den missvisande. När jag har möjlighet försöker jag bemöta kritik av denna sort med vad jag ser som en mer riktig och

rättvis skildring av beteendeterapi, och jag vet att fler gör detsamma.

Om beteendeterapi är en flexibel, djupgående terapiform – varför lever denna missvisande jargong kvar? Min bild av saken är att svaret är komplext. Till att börja med går det exempelvis inte att smyga under stolen med att Skinner fick sig en hård smäll av Chomsky (1959) efter *Verbal Behavior*, vilket

jag anar har bidragit till en misstänksamhet gentemot radikal behaviorism liksom beteendeterapi. Vidare är det svårt att bortse från att det historiskt sett i beteendeterapins namn har genomförts en del oetisk behandling med bristfälliga, och ibland skadliga, utfall (American Psychological Association, 2009). Dessutom förstärks säkerligen jargongen av att beteendeterapi många gånger missvisande beskrivs som en lättlärd terapimetod, vilket riskerar leda till missförstånd och bristfällig tillämpning (Paxling, refererat i Åkesson & Agebjörn, 2014).

Vidare är min uppfattning att beteendeterapi i samtal och skrift om

beteendeteori och beteendeterapi – både historiskt sett och i samtiden, inte minst medialt – ofta används utan vidare förtydligande gällande att termen även innefattar *inre* beteende (d v s att tänka, känna, minnas o s v). Min upplevelse är att beteendeterapi i viss utsträckning även på studerandenivå bland studenter, i undervisning liksom i vetenskaplig litteratur om beteendeteori och beteendeterapi, skildras utan detta förtydligande. Detta tänker jag förvisso inte är konstigt. För den som redan känner till termens bredd är det fullt naturligt att inte beskriva och upprepa sig om det vedertagna. Problemet, som jag ser det, är dock att det inte för alla är vedertaget och/eller automatiserat att inkludera inre beteende i begreppet "beteende" vid samtal och läsning om beteendeteori och beteendeterapi. Enligt min erfarenhet är det inte ens givet för alla som på studerandenivå rör sig inom KBT-paraplyet. Jag misstänker att en rådande begreppsförvirring är en av flera bidragande faktorer till att jargongen gällande relationen mellan beteendeterapi och quick fix kvarstår och reproduceras. Detta då jag tänker att en person som inte är inskolad i den beteendeteoretiska definitionen av beteende, troligtvis förstår termen utifrån den vardagliga definitionen av beteende som främst refererar till yttre beteende, vilket – utan vidare förståelse



för teorin – kan generera en snedvriden bild av beteendeterapi. Även om stort fokus läggs vid yttre beteende i förändringsarbetet i beteendeterapi, menar jag att minst lika stor vikt läggs vid förståelsen av inre beteende.

I en strävan mot att försöka begrava fördomen om att beteendeterapi är lika med quick fix, försöker jag påminna mig själv om att tala om beteendeterapi så klarspråkigt jag kan genom att förtydliga radikalbehaviorismens definition av beteende, då jag inte vet vad den som lyssnar har för bakgrund. Det går såklart att argumentera för att alla måste ta eget ansvar för att inhämta kunskap, vilket jag ser som en vital aspekt. Jag upplever dock att om jag med några extra ord kan göra något litet i processen att förhindra missförstånd gällande något som jag värdesätter, är det för mig värt ansträngningen. Efter en tids möda, går det i bästa fall att luta sig tillbaka en aning och bevittna en än mer utbredd rättvis och riktig förståelse för radikal behaviorism och beteendeterapi. Så, för den som har undrat, här är det, svart på vitt: svaret på vad en psykologstudent i Linköping funderar på en kväll i november.

\*

**För den som redan känner till termens bredd är det fullt naturligt att inte beskriva och upprepa sig om det vedertagna.**

## Referenser

Chomsky, N. (1959). A review of B. F. Skinner's verbal behavior. *Language*, 35, 26-58.

American Psychological Association. (2009). *Report of the task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*. Hämtad från <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>

Åkesson, A., & Agebjörn, J. (2014). *Beteendeterapiens historia i fokus i Lund*. Hämtad från <http://www.psykologforbundet.se/Psykologtidningen/Forbundet/Insant/Beteendeterapiens-historia-i-fokus-i-Lund/>

# Anteckning 15: Den terapeutiska KBT-relationen

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Professionalitet, bemötande, förtroende och trygghet är vår grund, vår ram, vår kontext.

**”Bra terapi till fler”**, citat av David Clark, professor i psykologi vid University of Oxford; Beteendeterapeutiska föreningens kongress 2015, Stockholm (även på SVT Ur Samtiden fram till 2020). Folk får för lite evidensbaserade behandlingar och detta kan bero på brist på utbildade terapeuter, brist på uppföljning efter terapin och det viktigaste är hur vi talar om psykologiska behandlingar:

*”I medierna kallas de ofta för ’samtalsterapier’. Folk inser förstås att om man lider av psykiska problem är det trevligt att prata med någon som är snäll, omtänksam, ger en uppmärksamhet och utrymme. Men många tror nog inte att det botar problemet utan att det bara känns bra. (...) Och terapin består inte bara av att prata lite med en snäll människa. Behandlingarna som är effektiva är ytterst specialiserade. De har utvecklats genom att titta noga i experimentella studier på vilka psykologiska processer som upprättbåller särskilda störningar. Riktade behandlingar har sedan utvecklas för att förändra processerna.”*

**Jag börjar med David Clarks ord** för att betona att det är positivt att samtala med någon som är förstående och snäll, men att det inte räcker för att få igång en förändring. Det krävs mer. Det var Davids Clarks ord om vårt arbetssätt, metodik och KBT-relationen. Den terapeutiska KBT-relationen är inte allt

(den är bara 7,4 % av förändringen). Man måste göra något mer eller mycket mer: det måste finnas en bedömning, en diagnos, en planering, ett mål och en utvärdering som visar på ett resultat till exempel.

**Sedan vill jag fortsätta med reflektionen från förra gången** då jag skrev om ett KBT-förhållningssätt och sättet på vilket en patient beskriver kontakten med en psykolog inom psykiatrin. Man kan väl fundera över att en patients svar inte räcker för att se om relationen mellan en patient och en psykolog är en intim relation eller inte. Den terapeutiska KBT-relationen är ingen intim relation. Det är slutsatsen som kommer fram när man ber patienter att beskriva sin syn på relationen med sin psykolog och andra vårdgivare. Jag upprepar här en patients svar från förra gången och lägger till andra svar för att jag vill se om svaren kunde se annorlunda ut. Här nedan kommer alla svar.

## 1). Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:

... En intim relation  
... En relation präglad av intimitet  
... En nära relation  
X En relation av förtroende  
... En relation präglad av trygghet och förtroende

X En professionell relation  
... En fråga om bra bemötande

Hon kryssade för a) En relation av förtroende och b) En professionell relation.

Sedan lade hon till kommentarer som man kan sammanfatta på följande sätt: ”Jag tänker att jag blivit bra bemött men jag tror inte att relationen handlar om det. Förtroende är det viktigaste. Jag tänker att kombinationen av professionalitet och förtroende är viktigt. Det ska vara professionellt för att patienten ska känna förtroende. Det är det som är skillnad med en intim relation. Det är så mycket olika roller. För en intim relation krävs det två parter som delar privata, personliga saker. Här är det bara jag som pratar om mina privata saker. Vår relation kan benämnas som en relation mellan patient och terapeut.”

## 2). Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:

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

## 3). Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:

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

## 4). Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:

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

## 5). Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:

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

## 6). Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:

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

## 7). Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:

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

Andra kommentarer:

- Det var en relation av förtroende. Det kändes som en nära relation för att du tar reda på mycket om mig och jag behövde känna så. Det var en prövning att utveckla det för att jag hade svårt med män.
- Man kan tänka på intimitet för att jag berättar saker för dig som jag inte berättar för någon annan.
- Det handlar om att bygga upp ett förtroende för att därifrån tar man

sig vidare, utan att bestrida några gränser kunna prata om det man behöver för att utvecklas.

Slutligen vill jag avsluta på nästan samma sätt som förra gången:

KBT kan gå till en beskrivning av det terapeutiska mötet också utifrån patientens perspektiv och patienterna väljer både bemötande, förtroende, trygghet och professionalitet som de mest centrala begreppen för att beskriva vår egen kontakt. Det fortsätter att vara spännande! **Relationen patient-terapeut kan definieras som en professionell relation och ett bra bemötande som möjliggör en relation av förtroende och trygghet.** Professionalitet, bemötande, förtroende och trygghet är vår grund, vår ram, vår kontext. Den här beskrivningen går väl ihop med den som sätter **effektivitet och förståelse** som viktiga komponenter i en patient-terapeutrelation.

\*

Jon Abramowitz, ABCT15:

# ”Exponering är den bästa kognitiva terapin”

**BTF:s ordförande Linda Jüris rapporterar från ABCT-kongressen i Chicago.**

Text och bild: Linda Jüris

**T**vå tusenfemtons upplaga av amerikanska Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) kongress ägde rum i ett väldigt blåsigt Chicago. Årets tema var ”Improving Dissemination by Promoting Empirically Supported Principles of Psychopathology and Change”. Många av BTFs medlemmar var på plats för att delta i programmet på olika sätt, för att nätverka och för att locka så många som möjligt till EABCT16 i Stockholm.

**Strategin för att intressera** så många som möjligt för EABCT16 var att tatuera så många som möjligt med den tjusiga EABCT16-tatueringen som ni ser på bilden här intill. Det blev en riktig snackis faktiskt, och kongressappens flöde svämmade snart över av fina bilder! Vad gäller vidareutbildning är möjligheterna stora på en sådan här kongress, för egen del passade jag på att lära mig ännu lite mer om OCD-relaterade störningar mellan nätverks- och reklamvarven. Här kommer ett urval av det jag tittade närmare på:

**Intolerans för osäkerhet** är ett ämne som är intressant för mig som arbetar mycket med tvångsrelaterade störningar, där en kan notera att osäkerhet i många kliniska fall verkar tolkas som en hotsignal. Följaktligen passade jag på att besöka ett par seminarier där denna intolerans och andra transdiagnostiska faktorer av betydelse för OCD avhandlades. Intolerans för osäkerhet definieras som ett kognitivt bias som påverkar hur en person upplever, tolkar

och responderar på tvetydiga stimuli. En person med hög intolerans för osäkerhet upplever osäkerhet som hotande och obehagligt och tycker att den bör undvikas.

**En av de många** workshops som hölls under kongressen var *Cognitive Behavioral Therapy for Mental Contamination* med inte helt okända föreläsarna Roz Shafran och Maureen Whittal. Föreläsarna inledde tråkigt nog med att de strategier som ska genomgå är preliminära, teorin likaså och att om fem år kommer det mesta de pratar om under den aktuella workshopen förmodligen att se annorlunda ut.

Det var kanske inte den mest lockande starten... Hur som helst; mental kontamination kan enligt föreläsarna ses som en subtyp inom det vanligt förekommande temat kontamination, ofta förekommer de två typerna samtidigt. Skillnad mellan vanlig kontamination (kontakt-) och mental kontamination är att själva tanken, bilden eller minnet är tillräcklig för att uppleva sig kontaminerad eller smutsig, ingen kontakt med källan behövs. Den primära källan är vanligen inte en substans som blod eller urin utan ofta en person eller en plats.

Att tvätta sig är ofta inte effektivt ens för kortsiktig ångestreduktion för en patient som lider av mental kontamination. Det här kan handla om patienter som är rädda för att kontaminera framtiden, eller patienter som är rädda för att råka överta negativa kvaliteter hos en annan person t ex bli hemlös, förvandlas till sin syster, bli dum om hen umgås med dumma, etc. Shafran och Whittal redogjorde för ett antal kognitiva strategier för att komma åt mental kontamination. Text att göra beteendexperiment om varför dessa katastrofer endast gäller den drabbade och inte andra människor. Imagery

Rescripting är en teknik som används, samt beteendexperiment – exempelvis beskrev de hur kontrollmätning kan användas efter varje session för en patient som är rädd att bli kortare när hen umgås med korta. Här

kan diskuteras huruvida det kan bli ett säkerhetsbeteende, dr Shafran resonerade att mätningen avtar naturligt med tiden och att det är som att lära in vilken strategi som helst. Det är alltså ok att lära patienter ett nytt säkerhetsbeteende som sedan plockas bort eller ramlar bort av sig själv under behandlingens gång.

**Det är alltså ok att lära patienter ett nytt säkerhetsbeteende som sedan plockas bort eller ramlar bort av sig själv under behandlingens gång.**



Tjusig CBT-tatuering!



Roz Shafran och Maureen Whittal.



Ett blåsigt Chicago.

**Jag lyssnade även till** en intressant falldiskussion där förespråkare för fem olika typer av behandling för OCD visade hur just deras inriktning skulle tillämpas vid behandling av en specifik patient med OCD; Roz Shafran (kognitiv terapi), Michael Kyrios (för mig oklar tillhörighet), Dennis Tirch (compassion-focused therapy), Michael Twohig (ACT) och Jonathan Abramowitz (ERP). Maureen Whittal var ledare för diskussionen och inledde med följande mening: ”If you’re here looking for a fight, you are not getting one”. Mycket riktigt, likheterna var betydligt fler än skillnaderna.

**Det som skiljer ut** kognitiv terapi (dr Shafrans) vid OCD är att behandlaren lägger mer tid på att bedöma kognitiva bias och att undersöka inre bilder. Behandlingen läggs upp i form av beteendexperiment. I sin målformulering är dr Shafran inte rädd för att ange ”att minska tvångstankar om...”. Hon avslutade med att förtydliga att kognitiv behandling för OCD inte så mycket handlar om kognitiv utmanande – t ex bevis för eller emot – utan innehåller mer av andra kognitiva interventioner.

**Michael Kyrios redogjorde** för sin modell som verkar vara en slags integrativ metod. Han vill veta betydligt mer om själva *individ* innan behandlingen sätter igång, bedömningsfasen blir längre än för de andra. Dr Kyrios uttryckte vid ett flertal tillfällen oro för att vi psykologiska behandlare numera behandlar *störningar*, inte *människor*! Vi

har kommit att bli tekniker, i stället för psykoterapeuter. Följaktligen vill han ha mer ingående information om MÅN-NISKAN inom ramen för sin fallanalys och genom hela behandlingen. Efter detta inleds en kognitiv terapi ungefär som dr Shafran beskriver innan, med e-terapi som vidmakthållandeprogram.

**Den högst** underhållande dr Dennis Tirch (compassion-focused therapy) beskrev en approach till behandling, där han förtydligade att CFT inte bör ses som en ny inriktning utan snarare som att arbeta på ett nytt sätt med vissa saker. Det handlar om att träna upp sin förmåga att se sig själv på ett mer ”self-compassionate” sätt – efter detta följer exponeringsbehandling för att sedan åter påminna sig om sitt ”compassionate self”.

**De två sista föreläsarna** representerade acceptance and commitment therapy och exponering med responsprevention. Mellan dessa två kunde jag inte notera några större skillnader och föreläsarna refererade hela tiden till varandra. Michael Twohig (ACT) talade om han arbetade med fokus på de sex processerna i ACT med det huvudsakliga målet att leva sitt liv i värderad riktning. Behandlingen handlar i stort om att få tankar och känslor ur vägen för att kunna göra de saker som är viktiga för personen. Avslutningsvis redogjorde dr Jonathan Abramowitz för ERP. Här presenterades den modell som åtminstone jag är mest bekant med, dvs själva tvångstanken är en normal företeelse

– patienten med OCD tolkar den dock som hotfull – och utför då beteenden för att minska medföljande obehag vilket fungerar på kort men inte på lång sikt. Dr Abramowitz tycker att problem med compliance i ERP är stora, och en lösning kan vara att rationalen borde kunna förbättras med hjälp av metaforer som används mycket i ACT. Efter allas genomgångar följde en spännande diskussion, bland annat om vad som skiljer tvivel inom OCD från tvivel hos personer inom professioner där det är en del av yrket, t ex poliser och advokater.

**BTFs egen Hanna Sahlin** presenterade och diskuterade under lördagsförmiddagen med bland andra dr Marvin Goldfried och dr David Tolin hur forskning bättre kan föras ut till den kliniska världen, samt hur kliniker bättre kan föra fram sina önskemål om forskning till forskare. I en sal stor som en fotbollsplan redogjorde Hanna för det framgångsrika arbetet som utförs i Sverige för patienter med självskadebeteende. Det så kallade Nationella Självskadeprojektet syftar till att utveckla och samordna kunskap kring unga med risk för eller med allvarliga självskadebeteenden och skapa ett bättre tidigt omhändertagande genom en struktur som bättre tillgodoser dessa personers behov av vård. Det övergripande målet är att antalet unga med självskadebeteende ska minska. Ett delmål är att minska inläggningarna av unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder. Hanna beskrev hur man gått

tillväga för att utbilda behandlare i Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) samt vilka strategier som tillämpats för att förenkla för behandlarna att delta i forskning, som t ex utbildning och handledning.

**BTF/svenska bidrag i övrigt** var professor Lars-Göran Öst som presenterade sin och teamets från Bergen nya spännande OCD-forskning, två studier togs upp vilka båda beskrev teamets högtintressanta endast fyra dagar långa behandling för tvångs syndrom. Resultaten kan sammanfattas som lika bra för både vuxna

och barn, samt lika bra eller till och med lite bättre än traditionell ERP. Professor Öst presenterade även sin nya metaanalys över behandling av OCD (Clinical Psychology Review, 2015). Här inkluderades 37 randomiserade kontrollerade studier och slutsatserna kan sammanfattas med att ingen skillnad framkom mellan KBT med kognitivt fokus och ERP, eller mellan gruppbehandling och individuell behandling. Psykologisk behandling fungerar bättre än medicinsk behandling, och det blir ingen skillnad i resultat om en lägger till medicinering till ERP jämfört med placebo till ERP.

**Sista konferensdagen** talade Sigrid Salomonsson, Fredrik Santoft, Hanna Sahlin och Johan Bjureberg från KI vid ett symposium med titeln *Disseminating CBT; clinical effectiveness trials for patients with common mental illness and non-suicidal self injury* (chair: Erik Hedman). Under symposiet presenterades resultaten från tre kliniska prövningar som visat att KBT är effektivt för primärvårdspatienter med psykisk ohälsa och att en stepped-care modell bestående av terapeutledd självhjälp och face-to-face behandling kan vara ett sätt att öka tillgängligheten till behandling. Under symposiet presenterades också data som visade att ERGT signifikant minskar frekvens av självskaade beteende. Mediationsanalys visar att en potentiell mekanism kan vara ökad förmåga till känslereglering.

**Avgående ordföranden** i ABCT; Jonathan Abramowitz, höll innan han lämnade över till nya ordföranden Michelle Craske sin *presidential address* på ämnet; "are the OCD-related disorders related to OCD?". Detta tema har varit återkommande vid ABCT-kongresser, och dr Abramowitz sammanfattade argument för och emot förändringen i organisation av OCD och OCD-relaterade störningar i DSM-5.

**Vilka implikationer** har gruppindelningen för vår forskning? Dr Abramowitz rekommenderar att vi skiljer ut diagnoserna när vi studerar dem, och att vi fokuserar på förändringsprocessen hellre än på behandlingspaket. En kan fråga sig om vi verkligen behöver DSM för att göra ett bra kliniskt arbete? För dr Abramowitz är svaret ett solklart NEJ! Vi behöver en god funktionell analys, that's it!

Huvudbudskapet var att det finns tydliga skillnader mellan OCD och de andra OCD-relaterade störningarna förutom dysmorfofobi (BDD), och att den deskriptiva modellen inte är rimlig. Dr Abramowitz resonerade kring några av de argument som vanligen hörs FÖR att de OCD-relaterade störningarna hör ihop, till exempel att det föreligger repetitiva beteenden inom alla OCD-relaterade störningar. Dr Abramowitz menar dock att olikheterna funktionellt är stora, och att det funktionella perspektivet är viktigare än hur beteendet ser ut utifrån. OCD och BDD drivs båda av negativ förstärkning, och liknar ångeststörningar. Vid skin-picking och hair-pulling finns vanligen varken trigger eller någon särskild rädsla. Viss spänningsreduktion kan förekomma men det handlar mer ofta om positiv förstärkning. Samlarsyndrom innebär ofta inte heller någon rädsla, däremot svårigheter med t ex beslutsfattande. Dr Abramowitz skojade och föreslog att bulimi och maginfluensa borde finnas i samma diagnoskategori, eftersom båda har kräkning som symtom.

**Vilka implikationer** har gruppindelningen för vår forskning? Dr Abramowitz rekommenderar att vi skiljer ut diagnoserna när vi studerar dem, och att vi fokuserar på förändringsprocessen hellre än på behandlingspaket. En kan fråga sig om vi verkligen behöver DSM för att göra ett bra kliniskt arbete? För dr Abramowitz är svaret ett solklart NEJ! Vi behöver en god funktionell analys, that's it!

## Dr Abramowitz skojade och föreslog att bulimi och maginfluensa borde finnas i samma diagnoskategori, eftersom båda har kräkning som symtom.



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

### Handledar- och lärarutbildning i KBT

Göteborg, med start 9 januari 2017

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

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart, fördelad på sex studieveckor. Föreläsare på utbildningen är Christine Padesky, James Bennett-Levy, Joy McGuire, Sarah Rakovsh med flera

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

## Psykologpartners kommande utbildningar

Föreläsningsserie: Lyssna till ledande psykologer i KBT

Malmö 5 februari 2016 - Martin Forster om ångest, oro och självkänsla hos barn  
15 april 2016 - Johan Holmberg om samtal som fungerar

Utbildning i KBT för ST-läkare & specialister i allmänmedicin

Stockholm med start den 11 januari, omfattar sju föreläsningss dagar och fyra handledningstillfällen

Samtal som fungerar - en praktisk utbildning utifrån Funktionell interaktionsanalys

Stockholm den 21-23 mars

Kurs i parterapi utifrån Integrative Behaviour Couples Therapy, IBCT

Stockholm den 13-15 april och nästa omgång den 28-30 september

Att förstå och möta autism, ADHD och andra neuropsykiatriska funktionsätt

Linköping den 18 april

Att möta ensamkommande barn

Linköping den 10, 12, 17 och 19 maj

Funktionell känslohantering

Göteborg den 9-10 och 16 juni

Handledning inom socialt arbete, KBT-inriktning

Stockholm den 14-15 september, 5-6 oktober, 9-10 november, 7-8 december, 25-26 januari, 22 februari och 22 mars

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre fristående delar

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

Malmö den 21-22 och 28-29 januari

Stockholm den 5-6 och 18-19 april

Göteborg den 8-9 och 15-16 september

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inläring

Malmö den 17-18 mars

Stockholm den 16-17 juni

Del 3: Färdighetsträning i ACT

Stockholm den 9-11 februari

Göteborg den 24-25 maj och 13 juni

Malmö den 25-26 augusti och 2 september

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

Linköping den 7-8 april och 15 juni

Stockholm den 31 augusti, 1 september och 13 oktober

Göteborg 4-5 oktober och 22 november

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

Göteborg den 20-21 januari och 4 mars

Stockholm den 1-2 juni och 18 augusti

Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag

Malmö den 29 januari

Stockholm den 21 april

Malmö den 8 september

Bli en bättre behandlare - öka dina färdigheter i internetbehandling

Stockholm den 22 april

Specialistkurser för psykologer hittas i en annan annons

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



psykologpartners

# Känslorna i fokus på Wise Minds jubileumsföreläsning

**23:e september firade utbildningsföretaget Wise Mind AB 15-årsjubileum med en halvdagsföreläsning på temat "Rädsla och andra känslor – rapport från labbet och terapirummet". Anna Kåver och Armita Golkar höll varsin intressant föreläsning och eftermiddagen avrundades med en paneldebatt.**

Text: Anna Eriksson  
Foto: Daniel Wallsten

Jubileumsföreläsningen inledes med en introduktion av Eva Hedenstedt, psykolog, psykoterapeut och handledare samt företagets grundare. Eva berättade att Wise Mind bildades år 2000, och företaget har sedan dess genomfört hundratals utbildningar i klinisk psykologi och närliggande ämnen, såväl i Sverige som utomlands. Namnet Wise Mind är hämtat från dialektisk beteendeterapi (DBT), där känsloreglering är centralt för förståelsen av psykisk ohälsa och terapeutisk förändring. Begreppet syftar på ett tillstånd av hälsosam balans mellan känsla och intellekt. Under jubileumsföreläsningen stod känslor i fokus i en dialog mellan forskare och kliniker, och en central fråga var hur forskning och klinik kan berika och närma sig varandra.

**Anna Kåver, psykolog, psykoterapeut, handledare och författare, föreläste om känslofokuserad KBT (kfKBT).** Hon inledde med ett citat från professor Aaron Beck: "En session som inte väcker känslor hos patienten är förmodligen ingen hjälpsam session", detta då den sannolikt inte gör något för inlärnigen. Anna Kåver tog upp det faktum att vi som KBT-are nog har slarvat med att betona känslornas betydelse och i stället fokuserat på kognition, beteenden och fysiologi. I den s k "fjärde vägens KBT" har känslor en betydligt mer central roll. Vad är det då för poäng med känslofokus i KBT? Anna beskrev att nyinläring kräver aktivering av individens *hela system* – känslor, tankar, fysiologi och beteende, samtidigt som nyinläring förutsätter någorlunda reglerade känslor. Känslor

och behov bör enligt Anna ingå i klientens konceptualisering av sina problem. Behov är ingångsporten till klientens självschema/självbild. De ger också viktig information om vad klienten ser som brister i sin situation. Anna Kåver beskrev vanliga dysfunktionella känslomönster hos klienter, t ex emotionell okunnighet, emotionell instabilitet och sårbarhet, emotionell avstängdhet, emotionell hjälplöshet och känslfobi. Personer med dessa svårigheter försöker ofta hantera sitt lidande genom undvikande, säkerhetsbeteenden, att överreglera känslor och underreglera känslor. En terapeut som arbetar med kfKBT undervisar om känslor, talar om känslor, aktiverar känslor under sessionen, hjälper klienten att hantera känslor och känslominnen, uppmärksammar och lyfter känslprocessen i terapirummet samt har ett salutogent fokus.

**Anna fortsatte** sin föreläsning med att beskriva kliniskt arbete med exponering och aktivering i kfKBT. Hon lyfte fram Michelle Crasques forskning som lett till nya rekommendationer för exponering, bl a att inte fastna i tanken om ångestreduktion, att variera inre och yttre kontext, identifiera säkerhetsbeteenden, skapa "mismatch" gällande förväntningar, betona acceptans och skapa ny mening och tolkning av situationen. I DBT utgår vi från den biosociala teorin som beskriver uppkomst och vidmakthållande av emotionell instabilitet, vi arbetar med under- och överreglering av känslor, avsaknad av känslofärdigheter, emotioners roll i relationsproblematik och emotionell dialektik mellan acceptans och förändring. I David Barlows

Unified protocol uppmärksammas den fenotypiska överlappningen vid emotionella störningar – ofta finns en gemensam problembild vid ångest och depression med förhöjd känslighet, låg medvetenhet om känslor och brister i känsloreglering. Viktiga behandlingskomponenter är bl a träning i emotionell medvetenhet, att hantera känslöstyrst beteende och undvikande samt exponering för känslotriggare.

**Adele Hayes et al** har utvecklat kfKBT vid depression. Här betonas ofullständig bearbetning av emotionella upplevelser, känsloundvikande och avstängning utöver sådana komponenter som vanligen står i fokus då man talar om depression - passivitet, likgiltighet, grubblande, hopplöshet, meningslöshet och uppgivenhet. Anna återgav ett fall exempel där det blev tydligt hur den deprimerade klienten i fråga undvek glädje och tänkte i banor av att det inte är någon idé att vara glad då saker och ting ändå kommer att gå åt skogen. I kfKBT vid depression ingår olika typer av känslöexponering, t ex att skriva berättelser om sin depression, mindfulnessövningar med fokus på att decentrera, tolerera och acceptera känslor, imaginära tekniker (t ex att aktivera och bearbeta negativa minnen relaterade till självuppfattning om att vara värdelös/misslyckad, att livet är meningslöst o dyl) samt att aktivera positiva känslor utan att hindras av rädsla.

**Anna Kåver beskrev** även Imagery rescripting (ImR), en behandlingsmetod för personlighetsproblematik, PTSD och social ångest, där man arbetar med



Anna Kåver föreläste om känslofokuserad KBT.

## Vad är det då för poäng med känslofokus i KBT?

att modifiera negativa/traumatiska bildminnen och självbild genom att tillföra kraft och styrka, hjälp och assistans, efterhjälp och förståelse till klientens föreställningar. Anna beskrev att det kan vara nästan lika eller t o m lika kraftfullt som att göra detta i verkliga livet. I behandlingen arbetar man med att aktivera klientens traumaminnen och skapa ett annat slut på minnet som bättre passar klientens behov, förändrar mening och innebörd i traumaminnen och/eller ändrar grundläggande uppfattningar. Vid ImR vid PTSD blundar klienten och föreställer sig den traumatiska situationen med hjälp av denna typ av frågor:

- var är du?
- vad ser/hör/luktar du?
- vad känner du?
- vad tänker du?
- vad behöver du?

Därefter gör klient och terapeut ett nytt manuskript där man förändrar minnet t ex genom att klienten förhindrar, får

kraft eller får hjälp. Sedan repeteras det nya manuset med samma frågor som ovan. I ImR krävs inte full exponering för alla detaljer i traumat, till skillnad från Edna Foas PE. ImR brukar vara mer effektivt för klienter vars problematik domineras av skam, ilska, skuld och sorg, medan PE är mer effektivt då klientens problematik domineras av rädsla. Många terapeuter upplever ImR som mindre stressande än PE.

**Enligt David Clark** svarar vissa klienter med social ångest inte tillräckligt bra på sedvanlig KBT. Vid ImR får klienten först återuppleva det sociala traumat i den ålder då det hände, därefter återupplever hen det sociala traumat i vuxna ålder, och slutligen återupplever klienten åter traumat i åldern då det hände men nu tillsammans med sitt vuxna jag som kan hjälpa, stötta och tillföra ny information t ex säga högt "du sårar mig, slut!". Med andra ord tillförs något nytt till bildminnet som

får klienten att stå ut eller kunna hantera det.

**Den terapeutiska relationen** kan fylla flera känsloreglerande funktioner, Anna Kåver beskrev bl a följande:

- känsloreglerande bindning (trygghet, utmaning, utforskning, coaching)
- internalisering/modellering av känslor (MN, acceptans och empati är terapeutbeteenden som skapar en plattform för patientens känsloreglering och självvalidering)
- "helikopterperspektivet" – samspellet i rummet (särskilt i emotionellt skarpa lägen)
- nyinläring om relationer (korrigerar negativa självskeman)

Anna avslutade sin föreläsning med att gå igenom användbara redskap i terapirummet. Psykoedukation om känslors funktion och drivkraft är ofta hjälpsamt, t ex information om att känslor sitter i hjärnan och skillnaden mellan



Expertpanelen: Brjánn Ljotsson, Armita Golkar, Anna Käver, Irena Makover och Billy Larsson.



Armita Golkar



Anna Käver och Eva Hedenstedt

primära och sekundära känslor. Medveten närvaro, självvalidering och compassion är viktiga känslofärdigheter att arbeta med i kfkbt. Många klienter behöver också arbeta med att minska sin känslomässiga sårbarhet och med att uttrycka känslor så att andra förstår en, även med att i vissa lägen agera tvärt emot känslan och reglera känslor via kroppen. Rollspel kan vara hjälpsamt, t ex ”Dubbla stolar” för att hantera överdriven självkritik och ”Tomma stolen” där klienten via föreställning samtalar med ”markörpersoner”.

**Eftermiddagens andra** föreläsning hölls av Armita Golkar som disputerat i experimentell psykologi och forskar inom emotionell inlärning. 2013 fick hennes avhandling vid Institutionen för Klinisk Neurovetenskap på Karolinska Institutet priset för årets bästa avhandling. I sitt avhandlingsarbete fokuserade Armita

på att kartlägga de faktorer som påverkar utsläckning av rädslor och vad som bidrar till att utsläckta rädslor återkommer hos vissa individer. Hennes postdoktorala forskning rör främst social inlärning och hur sk modellinlärning kan främja utsläckning av inlärd rädslor.

**Föreläsningens titel** var ”När dina erfarenheter blir mina - social utsläckning av rädsla”. Armita inledde med en introduktion till ämnet där hon beskrev emotioners kommunikativa funktion och visade bilder på känslouttryck hos djur. Rädsla är intimt förknippad med evolutionärt anpassade försvarssystem och fyller en överlevnadsfunktion genom att underlätta undvikande av hot och faror i miljön. Försvarssystemen är välbevarade över många arter, främst hos däggdjur, och inkluderar bl a hjärnstrukturen

amygdala. Det finns medfödda och inlärd hot, samt sådana som är ”lärt”, t ex spindlar, ormar och höjder. Hotfulla stimuli upplevs som hotfulla vid direkt konfrontation men även när man tänker på dem, i samma/liknande situation och via inlärd associationer. Armita beskrev hur man traditionellt arbetat med rädslolinlärning i labbet för att besvara frågor om hur inlärd associationer formas, vidmakthålls och förändras – vanligen genom att försökspersoner kommer till labbet, betingas, utsläcks och rädslan återkommer.

**Social rädslolinlärning** – att vi lär oss om och från andra människor genom observation, imitation eller modellinlärning – har varit evolutionärt gynnsamt, eftersom vi inte själva behövt utsätta oss för faror för att förstå vad vi bör undvika. En viktig fråga i Armitas forskning har varit om vi kan förebygga social rädslolinlärning. I labbet har hon bland annat undersökt hur rädslolinlärning och utsläckning påverkas av modellinlärning kontra självupplevda erfarenheter. I en studie om modellbaserad utsläckning där 40

försökspersoner deltog kunde Armita påvisa att den modellbaserade utsläckningen av rädslominnen fungerade mer effektivt än den traditionella, både i utsläckningsfasen samt i den uppföljande testfasen.

**Ytterligare en intressant fråga** är *vem* vi lär oss av. Social inlärning är selektiv och sådana attribut som status, expertis, auktoritet, kön och ålder, grupp-tillhörighet, identifikation, närhet och likhet tycks påverka hur vi tar till oss det vi ser modellen uppleva. Det verkar dock handla om inlärd snarare än biologiska faktorer som styr skillnaden i inlärning beroende av vilken modell vi observerar, något som Armita Golkar bland annat kunnat styrka genom ett experiment där fotbollssupportrar svarade olika på rädslolinlärning beroende på om modellen tillhörde det egna laget eller ett motståndarlag. Resultaten tyder på att vem som helst inte funkar som inlärningsmodell – ju mer en person sympatiserar med sin egen fotbollsgrupp, desto bättre lär hen sig. I en nu pågående studie undersöker Armita vad som

## I Sverige är kopplingen mellan forskning och klinik dålig. Hur kan labbet närma sig kliniken? Kan kliniken närma sig labbet?

väger tyngst, etnicitet eller supporter-skap, samt om det även fungerar vid modellbaserad utsläckning.

**Armita konstaterade** att situationen i labbet troligen är ”lagom” ängstväckande och utgör därför en optimal inlärnings-situation. Hon avslutade sin föreläsning med att skicka med oss åhörare några frågor att fundera på: Är rädslolinlärning en bra modell för kliniken? Vad är ambitionen? I Sverige är kopplingen mellan forskning och klinik dålig. Hur kan labbet närma sig kliniken? Räknas också små steg eller bara stora kliv? Kan kliniken närma sig labbet?

**Eftermiddagen avslutades** med en paneldebatt med Anna Käver och Armita Golkar samt Brjánn Ljotsson, Billy Larsson och Irena Makover. Moderator var Erik Andersson. Åhörarna hade fått möjlighet att ställa frågor till panelen. Några av de ämnen som diskuterades var hur man kan optimera exponering med hjälp av ”ingrupp”, kopplingen mellan psykoterapi och kroppsinriktad terapi, spegelneuron samt hur vi skulle kunna arbeta mer förebyggande i psykologisk behandling – i dagsläget är ju fokus vanligen på problembeteenden som redan uppstått.

\*



Välkommen till årets specialistutbildning!

# ACT

## i teori och praktisk tillämpning

10 heldagar i Stockholm

28-29 jan, 18-19 feb, 17-18 mars, 14-15 april & 12-13 maj

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

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

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

### Kursens omfattning och upplägg

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

### Förkunskapskrav

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

### Utbildare

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

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

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

Moa Manneberg, *leg. psykolog*

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

### Examinator:

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

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

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

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

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

Grattis:  
**Amira Hentati!**

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

## OBS!

Manusstopp för nästa nummer av

Beteendeterapeuten är

**10 januari 2016**

Maila ditt alster till Anna Eriksson:

[marvelette@hotmail.com](mailto:marvelette@hotmail.com)

## Specialistkurser för psykologer



### Positivt beteendestöd

- arbeta evidensbaserat med problemskapande beteenden inom skola och omsorg  
Stockholm den 20-21 januari, 17-18 februari och 7 april

### Handledning utifrån beteendeanalys

Stockholm den 3-4 februari, 25-26 februari och 16-17 mars. Fullbokad, ny omgång ges hösten 2016

### Motiverande Samtal, MI

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

### Forskningsmetodik inom klinisk psykologi (under ackreditering)

Stockholm den 2-4 maj och 30-31 maj

### Acceptance and Commitment Therapy, ACT

Stockholm den 6-8, 20-21 september och 11 oktober

Mer information hittas på [www.psykologpartner.se/utbildningar](http://www.psykologpartner.se/utbildningar)

# Avancerade områden i DBT:s exponeringsprotokoll för PTSD

Melanie Harned och Annie McCall, 19-21 augusti 2015  
på Ersta konferenscenter, Stockholm.

Text: Nenad Paunovic

Foto: University of Washington, The Linehan Institute, Céline Mackowiak (sxc.hu)

## Inledning av dag 1 (av 3)

I detta tredagars seminarium presenterade Melanie Harned och Annie McCall avancerade områden inom DBT:s exponeringsprotokoll för PTSD. Dagen började med en mindfulnessövning. Mindfulness är en central färdighet i DBT. Fokus var på åhörarnas nuvarande känsla, att endast observera sina fysiska sensationer. När tankarna vandrar iväg tar man sin uppmärksamhet tillbaka till sina kroppsliga sensationer.

## Målgruppen

Målgruppen för exponeringsbehandlingen (på engelska Prolonged Exposure = PE) är klienter med borderline personlighetsstörning och PTSD. Målgruppen har även många andra diagnoser – mycket komorbiditet existerar i klientgruppen, som är en svårbehandlad klinisk grupp. Harned och McCall uppgav att hälften av klientgruppen har en PTSD-diagnos i den kliniska populationen. *Traumatiske invalidering* definierades som att bli utsatt för ignorans, verbalt misshandlad, bristande upplevelser av att ha varit älskad eller att aldrig ha varit känslomässigt bunden till någon.

## Traumatyper

Harned presenterade traumatyper i denna kliniska population. De flesta (54 %) har varit med om sexuella övergrepp i barndomen. Därefter våldtäkt i vuxen ålder (15 %) samt fysisk misshandel i barndomen (10 %). Föreläsarna

uppgav att den genomsnittliga åldern är nästan 40 år samt att klientgruppen i genomsnitt har en livstidshistoria med 12 typer av traumatiska upplevelser innan 6 års ålder.

## Standardmässig och målfokus för dialektisk beteendeterapi

Den standardmässiga behandlingen för dessa klienter innefattar att de blir skickade till olika platser för olika typer av problem, t ex PTSD, självskadande beteenden, suicidförsök och svår komorbiditet. Harned och McCall förespråkade att man istället behandlar klienten för samtliga problem. De uppgav att många kliniker som arbetar med dialektisk beteendeterapi (DBT) inte behandlar PTSD. I detta protokoll

Även under PE fortsätter klienten att erhålla alla relevanta delar av DBT-behandlingen.

har man integrerat standardiserad DBT (1 år) och PE (13 veckor). Under den första delen av DBT är målet att åstadkomma beteendekontroll och att utveckla färdigheter (från att motverka suicidrisk och självskadande beteenden, därefter terapeutiskt beteenden). När klienten är redo kan hen genomgå DBT:s exponeringsprotokoll. Det sista steget är att utveckla ett liv utan PTSD.

## Behandlingsstudier

Harned presenterade behandlingsstudier inom området. För det första öppna kliniska studier med små klientgrupper. För det andra randomiserade pilotstudier. Studiernas målgrupp var

personer som uppfyllde kriterierna för BPD och PTSD samt uppvisade självskadande/ suicidala riskbeteenden. Harned sammanfattade studier av DBT + PE-protokoll för den aktuella patientgruppen (Harned, Korslund, Foa & Linehan, 2012; Harned, Korslund & Linehan, 2014). Sammanfattningsvis, av klientgruppen som skulle behandlas med DBT + PE påbörjade endast 60 % denna behandling (40 % påbörjade DBT-protokollet utan PE), varav 27 % inte genomförde behandlingen.

## Säker behandling?

En viktig fråga som togs upp var om det är säkert att ge självskadande och suicidala klienter PE? Slutsatser som drogs var: (i) klienter som erhöll PE uppvisade färre självskadande och suicidala beteenden, (ii) orsaken till självskadande beteenden adresserades, (iii) metoden anses säker och ger bättre utfall än utan denna, samt (iv) efter behandling uppvisades ingen förvärring av PTSD-symptom.

## Fas 1 i DBT och förberedelser inför PE för PTSD

I DBT förbereder man i fas 1 för fas 2 som innefattar ett traumafokus (i de fall klienten varit med om trauma). Hur använder man DBT för att förbereda inför PE? Man genomför standardiserad DBT som först går ut på att stabilisera livshotande och terapeutiskt beteenden. Därefter hjälper man klienten att utveckla färdigheter för att tolerera exponering för traumat. Harned och McCall uppgav att 76 % föredrar en DBT + PE-behandling, och att det finns positiva förväntningar på behandlingen hos klienter. Terapeuten presenterar förutsättningarna för

## Harned och McCall beskrev flera sätt på vilka man kan öka motivationen för PE.



Melanie Harned och Annie McCall

klienten för att hen ska få påbörja en PTSD-behandling. Först måste klienten upphöra med sina självskadebeteenden. Detta ska tas upp tidigt och man ska återkomma till det ofta före PE under DBT-behandlingen. Innan klienten får genomgå PE ska följande kriterier uppfyllas: (i) ingen akut suicidrisk, (ii) inget nyligen inträffat (senaste 2 månaderna) självmordsförsök eller icke suicidal självskada, (iii) förmåga att kontrollera impulser till självmordsförsök eller självskadebeteenden i närvaron av utlösande stimuli, (iv) inget allvarligt terapeutiskt beteende, (v) PTSD är det primära behandlingsfokuset och att klienten vill behandla sina PTSD-symptom här och nu, och (vi) förmåga och villighet att uppleva intensiva känslor utan att undvika.

## När klienten inte vill genomgå PE

När klienten inte vill genomgå PE finns det andra viktiga behandlingsområden. Ett primärt behandlingsområde är traumatisk invalidering (TI). T ex att traumatiserade människor får höra något i stil med följande när de berättar om traumat: "så du vill göra ett stort problem av ingenting?"

## Öka motivationen för PE

Harned och McCall beskrev flera sätt på vilka man kan öka motivationen för PE. För det första kan man länka

klientens målsättningar till behovet av PE. För det andra kan man understryka problem med undvikande beteenden och PE som en lösning. För det tredje kan man "sälja in" forskning om data som stödjer exponeringsbehandling.

## Exempel på självskadande och terapeutiskt beteenden

Om klienten har skadat sig själv under en exponeringssession avslutar man sessionen och klienten behöver reparera det hen har gjort. Man identifierar vad som ledde till det självskadande eller suicidala beteendet. Hur ska man hantera om klienten ljugar om självskadande beteenden? Man ska tala om för klienten att de inte kan genomgå PE om de skadar sig själva.

## Under PE fortsätter man att använda sig av utvecklade DBT-färdigheter

Även under PE fortsätter klienten att erhålla alla relevanta delar av DBT-behandlingen. DBT + PE-protokollet är integrerat i de individuella sessionerna. Klienten får antingen 1 veckovis 2 timmar lång session eller 2 sessioner à 1 timme per vecka. Harned och McCall beskrev skillnaderna mellan DBT + PE och Foas exponeringsbehandling. I DBT + PE ägnar man mer tid åt fortsatt motivationsarbete för behandlingen ("commitment strengthening"). Exponering varvas med hur klienten

ska leva sitt dagliga liv och distrahera sig själv. Balans är viktigt. T ex kan man gråta under exponering i 30 minuter och därefter fokusera på det dagliga livet.

## Första PE-sessionen

Harned och McCall gick igenom innehållet i de första PE-sessionerna. Under session 1 går man igenom behandlingsrationalen, faktorer som vidmakthåller PTSD (undvikande beteenden, trauma-relaterade övertygelser), behandlingsprocedurerna vid imaginär och in vivo-exponering och känslöbearbetning. Man genomför en traumabedömning, skapar en lista på traumatiska händelser, identifierar de mest störande och väljer ut en av dem tillsammans med klienten. Därefter samlar man in detaljer från det valda traumat. Traumat ska ha en specifik början och ett specifikt slut. Klienten får öva sig i DBT-färdigheter utifrån behov.

## Inledning av dag 2 (av 3)

Den andra seminariedagen började med en mindfulnessövning. Först fokuserade man på sin andning. Därefter tänkte man på någon som man har svårigheter med plus att man fick frammana ett litet leende (som t ex "Buddha" eller "Mona Lisa") under hela övningen. Därefter observerade man vad som hände med ens tankar. Under diskussionen framkom att det kunde komma upp roliga, komiska tankar och att man lättare kunde gå vidare med andra saker samt bli mindre irriterad.

## Ytterligare indikatorer på när PE inte ska användas

Harned och McCall gick igenom några viktiga aspekter av när PE inte kan användas. Man uppgav att om man har korta eller inga minnen från traumat är exponering inte möjlig. Dessutom används PE INTE när klienten fortfarande är i en relation där hen utsätts för misshandel. Man kan dock fortfarande arbeta med traumatisk invalidering (TI).

## Minnen av traumat en korrekt avbild av händelsen?

En viktig fråga som togs upp av Harned och McCall var hur man kan veta att traumat hände på det sätt som man kommer ihåg det på. Det finns ofta bristfälliga minnen av traumat. Hur mycket är man villig att acceptera att man inte vet vad som exakt hände? Att man inte helt och hållet vet på vilket sätt det hände?



### Traumatisk invalidering

Traumatisk invalidering utgörs av extrema, upprepade beteenden som vanligtvis uttrycks av någon närstående. Det sker ibland diskriminering mellan syskon, att vissa behandlas på ett mer förfördelat sätt än någon annan. Ett exempel på traumatisk invalidering är när föräldrar hela tiden säger åt sina barn att de är dåliga. I behandlingen kan man fokusera på traumatisk invalidering om detta genererar PTSD-liknande symptom. Man vill bearbeta både traumat och den traumatiska invalideringen.

### Tips för traumafokuset

Harned och McCall gav följande tips vid upplägget av PE: 1. Att fokusera på det mest obehagliga traumat samt det som inverkar mest störande på det dagliga livet, 2. Att separera trauman i traumatyper, 3. Att välja de tre mest smärtsamma traumaminnena, 4. Att vara effektiv genom att undersöka om en händelse innefattar flera traumatyper, 5. Att informera klienten om att alla trauman kanske inte kommer att hinna adresseras.

### Tillägg till psykoedukationen om traumat

Harned och McCall uppgav att man har lagt till sexuell upphetsning i informationen om ”Vanliga reaktioner efter trauman”. Man har även lagt till självskadande beteenden, dissociation, posttraumatisk utveckling, samt impulsivt sex.

### Andra PE-sessionen

Under session 2 går man igenom olika aspekter på in vivo-exponering. Terapeuten beskriver rationalen för in vivo-exponering. Undvikandebeteendenas kort- och långsiktiga konsekvenser beskrivs, man går igenom vad syftet med in vivo-exponering är och demonstrerar ett exempel på hur den antas fungera. I ett exempel visar man hur många klienter inte ser sitt eget undvikandebeteende (t ex ”Jag förnekar det inte, jag gillar det helt enkelt inte”). In vivo-hierarkin utgör en standardiserad uppgift från exponeringsbehandling. Riktlinjer för upprättandet av en exponeringshierarki är: samarbete-specifik-kreativ. Titring av exponering innebär att man varierar graden av exponering beroende på hur mycket klienten tål att exponeras för. Vid skapandet av in vivo-hierarkier fokuserar man på vad klienten skulle vilja göra om hen inte hade det traumarelaterade problemet.

Man bör välja situationer som kommer att förbättra klientens livskvalitet, som innebär att klienten kommer att kunna göra något bra av sin vardag. Man fokuserar inte på undvikanden som inte inverkar störande på klientens fungerande och målsättningar. Hierarkisteg väljs baserat på saker som klienten vanligtvis gör. Förutom situationer som väcker ångest kan man skapa multipla hierarkier: hierarkier för skam, för traumatisk invalidering, när klienten vill kunna njuta av sex m m. Vad kommer klienten klara att göra om exponeringen blir framgångsrik? Det är viktigt att genomföra en korrekt bedömning av hur klienten undviker en given situation för att hen tydligt ska kunna göra tvärtom. En ”lagom” hierarki kan innehålla 10 steg från 4 olika kategorier. Om klienten inte vill göra in vivo-exponering ofta är det viktigt att påpeka att detta kommer att leda till att behandlingen kommer att ta en mycket lång tid. Man ska undersöka vad det är som utlöser rädslan i in vivo-situationen. Det är viktigt att exponera klienten för både rädsla och skam (om tolerans finns). T ex kan man gå på bio (vanlig exponering) samt ha på sig särskilda kläder (som utlöser skamkänslor).

### Realistisk riskbedömning

Det är viktigt att bedöma den realistiska risken för farliga händelser. När ens barn går hem från skolan, går barnet förbi områden som kan vara farliga? Om ens tidigare partner förgrep sig sexuellt på ens barn, finns det en risk att den nuvarande partnern kommer att göra samma sak? Undviker klienten att lämna partnern ensam med klientens barn?

### Tredje PE-sessionen

Under session 3 påbörjas imaginär exponering (IE). Målet med bearbetningen vid IE är att inom ramen för DBT främja och stärka en korrektiv inlärning för att minska traumarelaterade känslor. Terapeuten ska inte tala om för klienten hur hen ska känna sig eller hur man själv ser på känslor inom ramen för IE. Man illustrerar undvikanden av traumarelaterade tankar och

syftet med IE med hjälp av olika metaforer/likenheter, t ex: (i) att undvika traumatankar är som att trycka ner gummiankor under vatten, de kommer tillbaka uppstudsande, (ii) att försöka få bort traumatankar leder till att det kommer tillbaka en ström av traumaminnen på ett okontrollerat sätt precis som de tusen breven i Harry Potter, (iii) när man berättar om traumat är man ute efter den mest stinkande delen i en lök, den innersta kärnan som stinker mest, som man kommer fram till när man berättar om de mest centrala delarna av traumat och bearbetar denna, (iv) att bearbeta traumat med IE är som att smälta dålig mat, (v) man får hjälp att organisera sina fragmenterade traumatiska minnen.

Under den första imaginära exponeringen är det vanligt att klienter tar med många onödiga bitar under återberättandet. Detta stramas allteftersom åt i fokus. Man försöker identifiera början och slutet av traumat. En vanlig markör för förbättring är när klienten säger ”jag är uttråkad”. Terapeuten ska inte försäkra klienter om att de kommer att habituera under sessionen, d v s att ångesten ska gå ner under sessionen. Under den imaginära exponeringen ska man noggrant observera verbala och icke-verbala distraktionsbeteenden. Terapeuten ska vara obehaglig i att blockera undvikanden. Om klienten berättar om traumat på ett detaljerat sätt kan terapeuten vara ganska tyst under exponeringen. I annat fall behöver terapeuten hjälpa klienten att beskriva detaljer samt uppmana klienten att berätta om hen undviker något.

### Terapeutens reaktioner under IE

Även terapeuten kan gråta. Detta är ett uttryck för validering av klientens tankar och känslor. Personlig information från terapeuten kan dock trigga klienter. Det är viktigt att man i dessa fall validerar klientens reaktioner. Terapeuten måste se till att inte reagera med avsky eller äckelkänslor under IE, eftersom detta kan skapa starka reaktioner hos klienten.

## Vid skapandet av in vivo-hierarkier fokuserar man på vad klienten skulle vilja göra om hen inte hade det traumarelaterade problemet.

### Vanliga traumarelaterade övertygelser (beliefs)

Vanliga traumarelaterade känslor och övertygelser (beliefs) hos denna klientgrupp:

- Skuld (”det var mitt fel”)
- Skam (”jag är ond och dålig”)
- Avsky (”jag är smutsig och avskyvärd”)
- Skam samt avsky (”jag är svag, dum och inkompetent”)
- Rädsla (”världen är farlig”)
- Rädsla och ilska relaterat till tillit och intimitet (”man kan inte lita på människor”)
- Rädsla relaterat till maktförhållanden (”jag kan inte stoppa människor från att skada mig”)
- Ilska relaterat till fördömanden (”människor är dåliga/onda”)

### Validering och kognitiva strategier

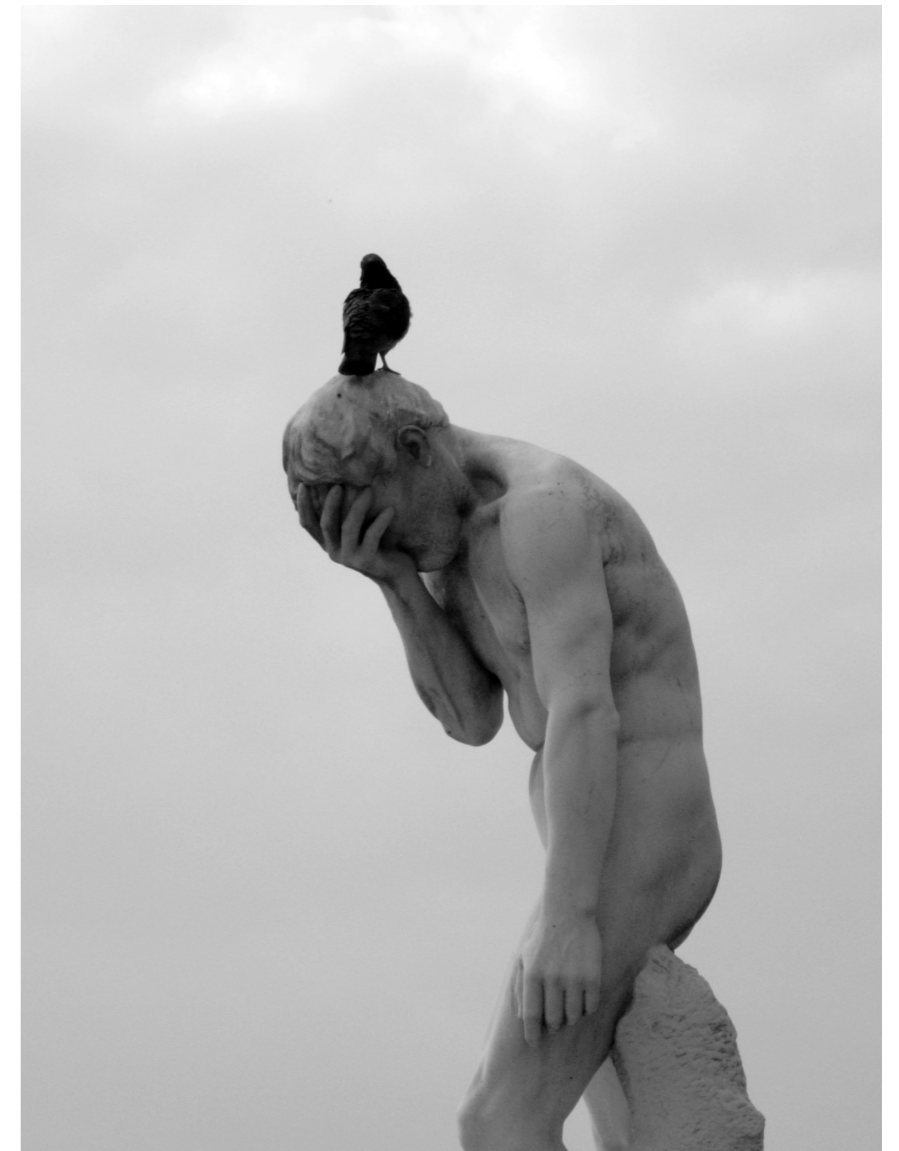
Harned och McCall rekommenderade att terapeuten inte pressar klienten när hen uttryckligen inte vill genomföra IE. Ett tillvägagångssätt där en klient, enligt föreläsarnas åsikt, blev alltför pressad illustrerades med en videoinspelning. Harned och McCall brukar snarare först hjälpa klienten att beskriva detaljer av traumat och aktivera de traumarelaterade känslorna, därefter validera klienten mycket. De underströk vid flera tillfällen att man bör ge väldigt mycket validering till klienten under PE. Man använder sig av valideringsstrategier från DBT. Vad gäller kognitiva strategier inom DBT är man mera direktiv när man ska hjälpa klienten att ändra sitt tänkande jämfört med sokratiska frågor som man använder i kognitiv terapi. Klienter som går i DBT har ofta inte haft ett normalt fungerande innan traumat. Ofta kan de inte framställa alternativa synsätt när de får frågor inom ramen för ett sokratiskt frågesätt.

### Skam är den svåraste obefogade känslan att förändra i IE

Harned och McCall uppgav att skam är den svåraste obefogade känslan att förändra inom IE. När det gäller habituering mellan sessionerna minskar alla känslor utom ilska enligt Harned. Övriga känslor som klienten skattar är rädsla, sorgsenhet, skuld, skam och äckelkänslor, vilka samtliga brukar minska under IE-behandlingen.

### Exempel på skamrelaterade övertygelser (beliefs)

- ”Jag är en dålig person”
- ”Jag är äcklig därför att jag blev sexuellt upphetsad”



Skam är den svåraste obefogade känslan att förändra i IE.

- ”Jag är smutsig”
- ”Om någon verkligen kände mig skulle de hata mig”

### Exempel på skamrelaterade beteenden

- Undvikande av ögonkontakt
- Att gömma undan ansiktet
- Att utelämnas de flesta skamutlösande detaljerna
- Att ”halta” i återberättandet, prata tyst/lågt
- Att ursäktas sig gång på gång
- Att söka bekräftelse på att terapeuten inte är avvisande

### Terapeutens bemötande av skam

Om klienten oroar sig över terapeutens reaktioner kanske de stänger ögonen. De behöver se ögonkontakten från terapeuten för att få reda på att de inte blir avvisade. Lämpliga exponeringsövningar för klienten kan vara att prata med andra människor om traumat

(generalisering) och göra andra beteendeeexperiment. Terapeuten behöver validera klienten och visa hen att hens historia är begriplig.

### Förmedla värme till klienten

Harned och McCall uppgav att det är viktigt för klienten att se värmen i terapeutens ansikte via ögonkontakt. Terapeuten ska förmedla att klienten inte har någonting att skämmas för och att hen inte är äcklad över klienten. Det anses bra att terapeuten blir mer styrande senare under behandlingen när man väl har adresserat skammen.

### Bearbetning av sorg

Sorg (sadness) är en befogad känsla. Dock ska det finnas en balans i sorgebearbetningen med avseende på det som har förlorats. Det är viktigt att skilja mellan vad som faktiskt har förlorats och vilka tankar som är orealistiska hos klienten. T ex är det orealistiskt

att tro att man aldrig kommer att vara förmögen att ha en relation igen. Följande är olika sätt att adressera sorg: (i) validera sorgen och på vilket sätt den är berättigad, (ii) fokusera på en enskild förlust, överfokusera inte på för många förluster, (iii) kontrollera fakta angående det man är sorgsen för, (iv) öka beteendeaktiveringen utanför sessionen, (v) öva färdigheter för att skapa en lagom balans mellan sorgbearbetning och att göra andra aktiviteter, (vi) försök hitta en mening med traumat om det är möjligt (posttraumatic growth).

#### Medkänsla med sig själv

En intervention som kan motverka skam är att utveckla en medkänsla med sig själv ("being compassionate towards oneself").

#### Hitta en balans i ilska

När det gäller ilska är det viktigt att man hittar en balans mellan ingen ilska och okontrollerbar ilska. Interventioner för att hantera ilska inkluderar: (i) validera klientens ilska och varför den är berättigad, (ii) förklara att ilska kan ha funktionen av ett undvikandebeteende som förhindra behandlingen från att fungera, (iii) vägled ett fokus på icke-ilskerelaterade känslor, (iv) uppmärksamma ilskan när den uttrycks samt omfokusera på icke-ilskerelaterade känslor, (v) använd

DBT-färdigheter för att minska ineffektiva ilska.

#### Kontingent hantering av bristande följsamhet i behandlingen

Att hantera kontingenser ("contingency management") innebär interventioner för att hantera situationer när klienten inte är följsam med behandlingen på ett adekvat sätt. Det kan t ex handla om följande områden: (i) att ge feedback till klienten att hen inte deltar i samtalet, (ii) att ge klienten feedback på att hen inte genomför hemuppgifter, (iii) att ge klienten feedback på att hen inte engagerar sig i terapin.

#### Dissociation

Dissociation definieras beteendemässigt enligt följande: (i) dissociation utgör en kognitiv undvikandestrategi för att hantera negativa känslor, (ii) dissociation kan vara medveten eller icke-medveten, (iii) dissociation förstärks ofta (lättnad från smärtsamma känslor, omgivningen minskar sina krav och/eller uttrycker stöd och omhändertagande).

#### Hantering av dissociation

Harned uppgav att man i behandlingen inte föredrar att fokusera på dissociationen per se, utan att man istället använder sig av DBT-färdigheter

när exponeringen blir tillfälligt alltför intensiv. T ex demonstrerades i en film hur man förser klienter med ispsår vid dylika tillfällen för att läggas mot kinden. Harned och McCall beskrev följande informella sätt att hantera dissociation kontingent: (i) terapeuten förstärker omedelbart önskvärda beteenden och bestraffar omedelbart icke-önskvärda beteenden, (ii) vanliga förstärkare för icke-dissociativa beteenden är att ge uppskattning, le, att luta sig framåt, att ha en öppen kroppshållning, att uttrycka ett varmt tonläge, en ökad kontakt, (iii) vanliga bestraffare för dissociativa beteenden är att uttrycka irritation, luta sig bakåt, att uppvisa en stängd kroppshållning, att uttrycka ett icke-varmt tonläge, att avsluta sessioner/telefonsamtal. Formell kontingent hantering av dissociation består av: (i) att terapeuten orienterar klienten till behovet av att etablera en formell kontingent plan, (ii) att terapeuten och klienten samarbetar för att identifiera beteenden som ska ökas respektive minskas, samt förstärkare och bestraffare som kommer att vara mest effektiva, samt (iii) både terapeuten och klienten ska enas om planen.

\*

## Referenser

Harned, M.S., Korslund, K.E., Foa, E.B., & Linehan, M.M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381-386.

Harned, M.S., Korslund, K.E., & Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17.

Harned, M.S., & Linehan, M.M. (2008). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 263-276.

Harned, M., & McCall, A. (2015). *Advanced topics in the DBT prolonged exposure protocol for PTSD*. Seminar conducted at Ersta Congress Center 19-21 august 2015 in Stockholm, Sweden.

Harned, M.S., Ruork, A.K., Liu, J. & Tkachuck, M.A. (2015). Emotional activation and habituation during imaginal exposure for PTSD among women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 253-257.

Harned, M.S., Tkachuck, M.A., & Youngberg, K.A. (2013). Treatment preference among suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 749-761.

# Krönika

## På västfronten en massa nytt

Det är svårt att driva ett eget företag. Vem kunde ha anat det? Jag hittar inte tillräckligt med tid att göra allt som behöver göras för att ta hand om företaget, såsom marknadsföring, fakturering, mailkorrespondens med klienter, bloggande och så vidare. Att driva ett eget företag känns lite som ett beroendeframkallande och tidsödande smartphonespel – att skriva bloggar eller fakturor är som att så grödor och mata kycklingar i Hay Day. Det är roligt, känns som att man klarat av små steg och man går hela tiden upp i nivå – men utmaningarna tar aldrig slut och det tar längre och längre tid mellan varje belöning ju längre man håller på.

Jag har också lite tvivel kring IAPT. Kanske är det bara just min arbetsplats, som har rätt hårda krav på hur många besök man ska ha per vecka eller månad och som inte ger något extra utrymme för att utveckla material för grupper eller försöka bedriva forskning. Det ska liksom göras ovanpå allt annat. I beteendetermer blir det då faktiskt bestraffande när man tar på sig uppgifter utöver de vanliga, trots att det är dessa uppgifter som tar mottagningen framåt. Jag försöker därför nu samarbeta med en annan mottagning i London, för att utveckla ett mer compassionfokuserat tänk bland personalen inom IAPT. Det är så många som känner sig utbrända, överkörda och trötta på IAPT-modellen, att det nog måste till ett annat tänk kring hur man ska behandla de anställda, om man

## Uppskjutandebeteenden är så fantastiska, ibland gillar jag verkligen att vara mänsklig.

vill ha några anställda kvar. Det känns alltså lite tungt just nu, med allt jag försöker göra samtidigt och bristen på stöd från min arbetsgivare.

Jag har dessutom börjat föreläsa i KBT, vid The University of East London. Det är hemskt kul att vara gästföreläsare, eftersom jag får gå in och lära studenter den teoretiska bakgrunden till KBT och det praktiska hantverket/konsten att utöva KBT. Senast föreläste jag en heldag om tredje vågens beteendeterapi. Lite knepigt att knöla in medveten närvaro, DBT, ACT och CFT i samma dag, men det gick. Jag tänkte på hur rätt Steve

Hayes hade i sin "top 10 reasons to become a third wave behaviour therapist", om hur man som tredje vågens beteendeterapeut faktiskt får betalt för att meditera. Hur bra som helst. Lite osvenskt så vill jag också skryta med att studenterna sa att jag var den bästa föreläsaren de hade haft. Bra föreläsare vågar vara sårbara och bjuda på en funktionell analys från sitt eget liv (om hur jag gjorde äppelmos som ett undvikandebeteende istället för att skriva föreläsningmaterialet).

PS. Under tiden jag har skrivit den här krönikan har jag hunnit äta ca 23 skolkritor (älska laktrisleverans från Sverige) och spela Hay Day tre gånger. Uppskjutandebeteenden är så fantastiska, ibland gillar jag verkligen att vara mänsklig.



Text:  
Michaela Thomas

#### Hett just nu:

- CFT-resa till Thailand med Chris Irons och regelbundna handledningsmöten med honom.
- Ny runda gruppbehandling med CFT är i rekryteringsfasen.
- Headspace. Andy Puddicombe är min nya bästis i mobilen, på tågpendlingen varje morgon.

#### Kallt just nu:

- Dåligt stöd från ledningen på jobbet. Hur kan psykologer vara så o-inkännande?
- Det är mörkt och mina svenska gener vill att jag går i ide.
- Fortfarande inte gjort något av någon bok.

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

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

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2015-08-11

Styrelsen hade telefonmöte.

### Ordförandes rapport

Ordförande har fortlöpande kontakter med Vetenskap och Folkbildning, VoF, rörande områden för samarbete och EABCT.

### Hemsida & IT

Informationstexter till nya hemsidan har kommit in från många medlemmar. Det är glädjande att så många har bidragit! För de områden det inte kommit in informationstexter används texterna från föreningens broschyr.

### Media och opinion

Under Almedalsveckan den 30 juni publicerade Dagens Nyheter en debattartikel om tydligare regler kring vilka professioner som får behandla psykisk ohälsa. Beteendeterapeutiska föreningen var initiativtagare och pådrivande till inlägget, vilket även undertecknades av bland andra Psykologförbundet och Läkarförbundet. Sveriges Radio och Sveriges Television uppmärksammade inlägget. Under kommande år planeras fortsatt arbete med att uppmärksamma vikten av evidensbaserad behandling, bland annat genom att i större utsträckning involvera patientföreningar samt att eventuellt medverka i Almedalen år 2016.

En ökad aktivitet på BTF:s Facebook-sida påbörjades strax innan sommaren, med målet att publicera två inlägg i veckan. Innehållet kommer att vara nyheter med anknytning till klinisk psykologi, exempelvis intressant forskning där våra medlemmar är involverade, liksom nyheter om konferenser och styrelsens aktivitet.

### Utbildningsfrågor

Arbetet med att konvertera existerande utbildningsplan till Bolognaanpassade lärandemål fortskrider. Nästa steg är att ställa dessa lärandemål i relation till lärandemålen för de legitimationsgrundande psykoterapiutbildningarna. Materialet kommer att läggas på remiss till samarbetsgruppen med SfKBT för vidare diskussioner.

### Samverkansgruppen sfKBT

Diana Fabian och Andreas Karlsson representerar BTF vid SfKBTs årsmöteskonferens.

### Föreningens stipendier

Det finns ett behov av ökad tydlighet kring föreningens stipendier; inriktning, funktion för föreningen och föreningens målsättningar samt principer för motprestation.

För styrelsen,  
**Monica Buhrman**

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2015-09-04 - 2015-09-06

Styrelsens arbetshelg ägde rum i Tallinn, Estland, 4-6 september. Dagarna bestod av både rapporter och formalia samt diskussioner om framtida utvecklingsområden. Styrelsen träffade också sin estniska systerförening och vid detta möte passade vi på att informera om EABCT i Stockholm nästa år.

### Besluts punkter:

#### Årsplanering 2016

Styrelsen beslutade datum för live- och telefonmöten; arbetshelg, möte i samband med EABCT i september.

#### Arbetsgrupp för utbildningsplan

Beslut fattades att ett tillfälligt utbildningsutskott ska tillsättas med en summa om 5000 kr att täcka reskostnader. Monica Buhrman och Andreas Karlsson tar fram förslag på deltagare i grupp. Man ska bl a arbeta med utbildningsplan och material till föreningens nya hemsida.

#### Frågor för fortsatt beredning:

#### Förtydligande av riktlinjer för stipendier

I samband med bedömningen av inkomna stipendiesökningar framkom ett behov av förtydligande av bedömningskriterier och riktlinjer. En arbetsgrupp bestående

av Diana, Alexander, Monica och Lise har i uppdrag att skriva ett utkast för senare beslut.

#### Lobbyverksamhet

Syftet med lobbyverksamhet mot beslutsfattare är att öka tillgänglighet och säkra kvalitet. Som ett första led i detta ska gruppen också skapa kontakt med patientföreningar och landstingspolitiker regionalt. En sammanställning över tidigare tagna kontakter ska göras. Diskussioner fördes om att sedan skapa ett nyhetsbrev som kan distribueras återkommande gånger inför EABCT. Målet är att försöka få till möten i samband med EABCT.

#### Utskick till tidigare medlemmar

Frågan diskuterades och i dagsläget avvaktar vi med utskick.

För styrelsen,  
**Monica Buhrman**

### Styrelsen:

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

### Mediakontakt:

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

### Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist  
[btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com)  
KBT-listan (Justina Gudelyte)  
[btf.listadmin@gmail.com](mailto:btf.listadmin@gmail.com)  
Anders Görling, webbredaktör  
Revisorer:  
Rio Cederlund, Johan Wetterlöv  
Revisorssuppleanter:  
Håkan Wisung, Olof Johansson  
Valberedning:  
Vendela Zetterqvist, Gösta Liljeholm, Maria Gustavsson  
Hemsidor och IT:  
Lars Ström

### Nätverk:

Studerandenätverket  
(kontaktperson: Frida Andersson)

### Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:

Per Carlbring, Mark B. Powers  
Biträdande red CBT:  
Gerhard Andersson, Maria Tillfors, Michael J. Zvolensky,  
R. Nicholas Carleton

# Nominera till föreningens priser för 2015!

Det är dags att börja fundera på vilka medlemmar som förtjänar att lyftas fram lite extra! Föreningens årliga priser delas ut på årsmötesmiddagen i samband med årsmötet. Denna festlighet kommer att ta plats i Stockholm och tillsammans kan vi se till att det blir ett riktigt belöningsregn.

Beteendeterapeutiska föreningens priser delas ut i sex (6) kategorier:

1. Pedagogiska insatser i vid bemärkelse
2. Informationsspridning/marknadsföring om beteendeterapi (KBT)
3. Kliniska insatser i vid bemärkelse
4. Livstidsgärning i BTF
5. Uppsats för psykologexamen, C- eller D-nivå om beteendeterapi (KBT) i vid bemärkelse
6. Doktorsavhandling om beteendeterapi (KBT) i vid bemärkelse

För pris 1-4 kan insatsen ha gjorts under en längre tidsperiod. Så tänk tillbaka på när du hörde talas om ett riktigt bra utbildningsinitiativ, eller hade en fantastisk föreläsare. När någon gjorde ett riktigt bra jobb med att rikta uppmärksamhet mot och föra fram beteendeterapi. Om du vill lyfta fram en kliniker som du tycker förtjänar extra uppskattning för sitt arbete eller inte minst om du har ett förslag på vem som ska tilldelas nästa pris för livstidsgärning i BTF.

För avhandlings- och uppsatspriserna (5 och 6) gäller att arbetet ska ha publicerats under det gångna året. Ta chansen att ge författare som examinerats under året en extra dos Sr+ för sina ansträngningar!

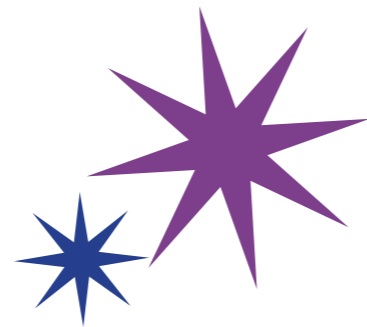
Skriftlig nominering med motivering görs genom formulär på föreningens hemsida ([www.kbt.nu](http://www.kbt.nu)) och ska vara styrelsen tillhanda senast den 31/1 2016, men börja gärna redan nu! Både nominerad och den nominerande måste vara medlemmar i BTF. Är du osäker på om den du vill nominera är medlem? Nominera ändå!



Foto: Robert Radermacher ([sxc.hu](http://sxc.hu))



*God jul önskar Beteendeterapeutens redaktion!*





# UP

**Unified Protocol** Kursstart 2/3 2016

Unified Protocol är en känslorörelsefokuserad, transdiagnostisk KBT metod som förenar evidensbaserade principer från alla tre vågorna av KBT. Syftet är att ha en gemensam, flexibel behandlingsmanual för all ångest- och depressionsproblematik. De åtta modulerna i UP tränar känsloregleringsstrategier med gediget forskningsstöd och integrerar dem med den senaste forskningen om verksamma principer för exponering



**IPT Nivå A\***  
Kursstart 10/3 2016



**IPT Nivå B\***  
Kursstart 20/1 2016

► **Verksam  
Psykologi.  
com**

Läs mer och anmäl dig på [www.verksampsykologi.com](http://www.verksampsykologi.com)  
Alla kurser är ackrediterade som specialistkurser.

Följ oss för aktuell forskning,  
verktyg och videos:



Facebook  
[/verksampsykologi](https://www.facebook.com/verksampsykologi)



Twitter  
[@VerksamPsy](https://twitter.com/VerksamPsy)