

Beteende terapeuter

Metakognitiv terapi
- hur ska man förstå den?

Självskadebeteende
hos ungdomar



Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Johan Åhlén, redaktör och ansvarig utgivare

ahlenjohan@gmail.com

Erling Hansen

erling.hansen@gmail.com

Styrelsen

Lise Bergman Nordgren, ordförande

lnordgren@gmail.com

Josef Neib, medlemssekreterare

btj.medlemssekreterare@gmail.com

Sarah Vigerland, kassör

svigerland@gmail.com

Övriga ledamöter

Sara Elfstrand

saraelfstrand@hotmail.com

Ragnar Bern

ragnar.bern@hotmail.se

Erik Hjalmarsson

erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se

Pia Enebrink

Pia.Enebrink@ki.se

Fredrik Folke

Fredrik.Folke@ltdalarna.se

Li Wolf

li.wolf@neurokbtgbg.se

Sanja Halenius

sanja_halenius@yahoo.se

Lisa Clefberg

lclefberg@gmail.com

Daniel Björkander

daniel.bjorkander@hotmail.com

Tomasz Kunatowski

kunatowski@gmail.com

Redaktionellt

Här kommer det sista numret för i år av Beteendeterapeuten. Vi i den långsamt växande redaktionen (vi är nu två personer) hoppas att ni ska tycka om det! I detta nummer intervjuas Johan Bjureberg som forskar om självskadebeteende hos ungdomar, något som jag själv har alldeles för lite kunskap om, trots dess utbredning idag. Johan bidrar med värdefull kunskap om självskadebeteendets utbredning, tankar kring diagnostisering samt behandlingskomponenter som utvärderas just nu. Vi får även ta del av en längre text vad gäller hur vi kan se på Metakognitiv terapi i förhållande till KBT-terapi, författad av Göran Parment, Peter Myhr och Gunvor Mjös Parment. Vår ordförande Lise och Erling Hansen (nyförvärv i redaktionen) ger varsin sammanfattning av EABCT som i september hölls i Ljubljana, Slovenien. Slutligen får vi även en rapport från en utbildningsdag gällande psykologiska perspektiv på sexualitet sammanfattad av Patrick Boothe.

Tack alla som har bidragit till detta nummer! För att ni medlemmar ska känna er fortsatt inspirerade att bidra till Beteendeterapeuten presenteras i detta nummer några riktlinjer och förslag kring vad ni kan skriva om, samt vilket stöd ni kan få i att bidra med texter. Vi hoppas att en sådan ram ska underlätta för er!

Till sist, god helg och gott nytt år allesammans!

Johan Åhlén

Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

Självskadebeteende hos ungdomar.....	4
Hur ska man förstå metakognitiv terapi?.....	8
Psykologiska perspektiv på sexualitet.....	14
EABCT i Ljubljana 2017.....	20
Tankar från EABCT i Ljubljana.....	22
Riktlinjer för att skriva i Beteendeterapeuten.....	24
Nyredaktionsmedlem.....	26
Nominera till föreningens priser 2017!.....	27
Styrelsesidor.....	28

Manusstopp för nästa nummer: 10 januari 2018

Bidrag skickas till: ahlenjohan@gmail.com

Textformat: Word/RTF

Omslag: Carin Araujo/Freeimages

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare:

Gryning på tåg och kontingenser

Mitt i hösten. Mycket vardag. Vardag för mig innebär mycket tåg, ofta tidigt på morgonen. Jag tycker mycket om den där tiden på dygnet när det precis börjar ljusna, när jag nästan, men bara nästan, kan urskilja varje träd i dungarna, när det börjar tändas i ett par fönster i de hus vi åker förbi. När himlen blir svagt, svagt rosa. Det känns liksom som om allting kan hända. Jag tänker på hur vi styrs av våra kontingenser. I mitt fall just nu, inre verbala beteenden kring alltings möjlighet i närvaro av soluppgång. Och det leder till en känsla av hopp. I backspegeln är det så mycket enklare att bena ut vad det var som hände, vilka förstärkarna var, men i stunden känns det ju ibland som om det bara blir. När vi egentligen oftast bara agerar på samma sätt som vi fått förstärkt tidigare, i en liknande situation. Såklart inte samma situation men vi gör lika. Och hur topografi kan skilja sig så markant mellan beteenden som vid närmare analys fyller en och samma funktion. Vilken det nu än kan vara. Jag ramlar vidare i tanken kring skillnaderna mellan vad jag kan observera i mitt eget huvud, och vad andra vet om mig. Hur andra känner och definierar oss är såklart genom det som de kan erfara, genom våra yttre beteenden. Här vandrar tankarna till molära paradigmer och teleologisk behaviorism, för mig en förstärkande aktivitet. Allt det här för att tågresa gav mig utrymmet, och soluppgången satte tonen. Det beteendet kommer att triggas igen, i närvaro av nästa soluppgång. Det ser jag fram mot.

Jag har sedan förra numret haft nöjet att representera BTF på EABCT i Ljubljana. Det är alltid trevligt att komma ut och träffa andra KBT-are. Jag har i detta nummer också skrivit en liten kort text om Ljubljana. Jag fick också till mig

återkoppling från personer som ville dela hur fin konferensen i Stockholm förra året var. Så, all ära till er som var med och bidrog till detta arrangemangs lyckade genomförande vars goda rykte uppenbarligen lever ett år senare.

Styrelsearbetet löper på, med spännande diskussioner kring föreningens attraktionskraft och utformning av ny hemsida, och hur vi kan operationalisera Socialstyrelsens nationella riktlinje för vård av depression och ångestsyndrom. Ni vet väl förresten att alla protokoll finns att läsa på hemsidan? Om ni vill följa vårt arbete i detalj. Studerandenätverket lockar nya medlemmar och har arrangerat flera evenemang. Vad roligt det är att så många kan tänka sig att ge sin tid för att dela sin kunskap och erfarenhet med nyfikna studenter i syfte att sprida kunskaper om KBT. Jag har själv haft äran att vara en av de inbjudna föreläsarna och kan intyga att det var en väl spenderad kväll med både gott fika och vetgiriga åhörare.

Utöver detta vill jag lyfta fram årsmötesgruppen, den som planerar inför kommande årsmöteskongress. De gör ett hästjobb med allt från program till avtal och utifrån vad vi fått ta del av hittills så kommer mötet i Malmö i mars 2018 bjuda på mycket spännande.

Nu laddar jag och styrelsen för årets sista möte på kansliet.

På återhörande, Lise



Lise Bergman Nordgren
Ordförande i BTF

Självskadebeteende hos ungdomar

– Intervju med psykolog Johan Bjureberg

Johan Bjureberg är psykolog och doktorand vid Karolinska Institutet i Stockholm och arbetar just nu med att skriva ihop sin avhandling, vilken han disputerar med den 20e april. Jag ringde upp honom för att höra mer om hans forskning och för att höra hur det går för honom i slutspurten på doktorandstudierna.

Text: Johan Åhlén
Foto: Eva Lindblad

Hej Johan! Kan du berätta kort om vad din avhandling kommer att handla om?

Den handlar om självskadebeteende (hudvävnadsskada) hos ungdomar och innehåller fem studier. Tre behandlingsstudier av självskadebeteende hos vuxna och ungdomar, en psykometrisk utvärdering av ett instrument för att mäta känsloreglering som heter DERS-16, och en epidemiologisk registerstudie. De tre behandlingsstudierna är pilotstudier som ingår i en serie av totalt fyra studier som syftar till att utveckla och utvärdera behandlingar för vuxna och ungdomar med självskadebeteende. I första studien testade vi en behandling som heter emotion regulation group therapy (ERGT) för vuxna inom reguljär öppenvårdspsykiatri. Därefter ungdomsanpassade vi ERGT. Vi kallar den behandlingen för ERITA (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents). I den första pilot-studien för ungdomar träffade vi dem ”face-to face”, medan vi i den andra studien utvärderade en Internet-baserad version av ERITA. I båda piloterna hade vi utvecklat ett terapeutiskt föräldraprogram. Pilotstudien visade att behandlingen var genomförbar, att ungdomarna och föräldrarna trivdes med behandlingen och att deltagande var associerat med minskning av självskadebeteende och

ökade känsloregleringsfärdigheter. I den femte epidemiologiska studien använder vi oss av ett BUP-register, och i den studien jämför vi tre stora grupper av ungdomar: (1) de som har sökt vård för självskadebeteende, (2) de som har sökt för självskadebeteende och samtidigt suicidala beteenden (tankar eller försök) och (3) de som varken har sökt hjälp för självskadebeteende eller suicidalitet.

Hur kom det sig att du började i detta forskningsprojekt?

En anledning är nog att jag tidigare arbetade på Borderline-enheten vid psykiatri Nordväst i Stockholm. Där blev jag varse att det inte finns så värt mycket stöd i forskningslitteraturen kring behandlingsalternativ specifikt för självskadebeteende. Jag blev helt enkelt nyfiken på vad det finns för sådana alternativ och om det skulle gå att utveckla någon specifik behandling för personer som skadar sig själva, men som inte har så omfattande besvär (åtminstone än) att det kan definieras som Borderline personlighetssyndrom.

Berätta mer, vad finns det för evidensbaserade behandlingsalternativ?

Ofta nämns Dialektiskt beteendeterapi och Mentaliseringsbaserad terapi som behandlingsalternativ, men egentligen

är ju dessa behandlingar utvecklade för personer med Borderline personlighetssyndrom, vilket innebär att de är tänkta att behandla hela symptom-bilden (alltså nio olika kriterier enligt DSM). Självskadebeteende är visserligen ett av dessa kriterier men inte ett kardinalkriterium, och många av de patienter som inkluderats i utvärderingar av Dialektisk beteendeterapi och Mentaliseringsbaserad terapi har inte haft ett aktivt självskadebeteende. Med det sagt, är det mycket möjligt att dessa terapiformer är hjälpsamma för de patienter med självskadebeteende som inte uppfyller kriterier för Borderline personlighetssyndrom. Men båda dessa metoder är omfattande vilket begränsar hur många som kan erbjudas dem, både eftersom sådana insatser är dyra men också för att det finns relativt få med utbildning för att arbeta med dessa behandlingar. Än mer problematiskt är att dessa behandlingsformer generellt sett inte erbjuds ungdomar förrän de är i 16–17-års åldern, vilket innebär att det alltså inte finns något evidensbaserat alternativ för ungdomar som skadar sig förrän de är i denna ålder. Vi vet att många ungdomar börjar skada sig redan i 12–14 års åldern. Det innebär att det finns en hög risk att många går med dessa besvär under lång tid utan att få en adekvat behandling, vilket kan innebära att beteendet befästs och kanske blir svårare att komma till bukt med.

Jag får för mig att självskadebeteenden har ökat under de senaste 10–20 åren hos ungdomar. Stämmer det?

Ja, det finns mycket som pekar på att



Johan Bjureberg

Det finns en hög risk att många med går med dessa besvär under lång tid utan att få en adekvat behandling, vilket kan innebära att beteendet befästs och kanske blir svårare att komma till bukt med.

självskadebeteende har ökat de senaste åren. Sedan är det svårt att empiriskt belägga det, eftersom självskadebeteende har definierats på väldigt olika sätt genom forskningshistorien. Helt enkelt, det är svårt att jämföra studier som gjordes för 20 år sedan med de studier som görs idag. Om du däremot pratar med kliniker så är man rörande överens om att självskadebeteende har ökat hos ungdomar.

Varför ser vi en sådan ökning?

Jag tror det finns flera anledningar. Först och främst finns det en del forskning som belyser medias och populärkulturens roll. Enligt sådan forskning skulle en del av ökningen bero på en spridning av informationen om att självskadebeteende är ett sätt som man kan hantera jobbiga tankar och känslor på. Men jag tror också att vi som professionella har blivit bättre på att fråga om det, och att stigmat kring självskadebeteende kanske har minskat i denna åldersgrupp, vilket gör att fler ungdomar vågar berätta om det spontant. Men det finns en del forskning som pekar på att många ungdomar som skadar sig själva aldrig berättat detta för någon vuxen person. Det gäller även

för ungdomar som går i psykologisk behandling för andra typer av besvär som till exempel ångest eller depression, alltså att de inte ens har berättat det för sin terapeut.

Berätta lite om vilken funktion självskadebeteendet fyller?

När man frågar personer som skadar sig är det absolut vanligaste svaret att de gör det för att hantera jobbiga tankar och känslor, och att självskadebeteendet har en avledande funktion. Det känns bättre att göra sig fysiskt illa jämfört med att vara i dessa jobbiga känslor på omedelbar sikt, och det verkar vara ett ganska potent sätt att på kort sikt reglera känslor. Sedan finns det även en liten grupp som beskriver att självskadebeteendet är ett sätt att hantera interpersonella situationer som till exempel bråk hemma. I dessa situationer kan självskadebeteendet leda till att ungdomen får extra uppmärksamhet på grund av sitt beteende.

Upplever ungdomar själva att självskadebeteendet har några negativa konsekvenser? Eller är det mest vi professionella och vuxna i allmänhet som tycker så?

Det finns bådadera skulle jag säga. Beställningen från ungdomarna är ju oftast inte att de vill minska sitt självskadebeteende, utan primärt att de vill må bättre så att de inte ska behöva skada sig själva. Sedan finns det även de som har fått erfara negativa konsekvenser av sitt beteende och vill sluta. Det är ofta sociala aspekter, till exempel att det leder till interpersonellt jobbiga situationer som att ens föräldrar oroar sig mycket för en, eller att ungdomen känner sig som ett ”freak”, att hen är galen och sjuk som skadar sig. Sedan finns det också en del som oroar sig för att få ärr på huden. Kanske inte att de bryr sig om det jättemycket just nu, men att de har fått höra eller kan föreställa sig att det kan bli ett problem i en vuxen framtid.

Är självskadebeteendet också något som förstärker negativa känslor på lång sikt?

Ja, det är så vi conceptualiserar det, som ett undvikande eller som en maladaptiv känsloregleringsstrategi som må fungera på kort sikt men som ofta får paradoxala konsekvenser på lång sikt. Många ungdomar kan också vittna om att skammen och ångesten ökar på lång

sikt, utan att vi behöver lägga orden i munnen på dem. Vi tänker också att om ungdomen alltid har självskadebeteende som en respons på att hen mår dåligt så kommer det att hämma inlärningsmöjligheter till andra mer adaptiva och långsiktigt hjälpsamma strategier som kan vara viktiga att förvärva under tonårsperioden. De få longitudinella studier som finns där man har följt ungdomar som skadar sig till vuxen ålder så ser man att den absoluta majoriteten slutar med självskadebeteende i vuxen ålder. Det är ju jättebra om det är så, men det finns ju också en risk att ungdomen inte har lärt sig effektiva sätt att hantera sina känslor och tankar på, och att det kan leda till andra negativa konsekvenser, även om ungdomen kanske har slutat skada sig. Sedan finns det ju också en möjlighet att det finns ett mörkertal vuxna som fortsätter att skada sig men som inte berättar om det utifrån att stigmat ökar i och med att man blir vuxen. Detta blir tydligt när man jämför studier av livstidsprevalens bland ungdomar och vuxna som ofta skiljer sig väldigt mycket åt.

Tycker du att självskadebeteende bör vara en egen diagnos, eller en försvårande del i andra kliniska tillstånd? T ex depression med självskadebeteende.

Det är en intressant fråga, men jag är inte säker på att det ena måste utesluta det andra. I DMS-5 har självskadebeteende (utan suicidal avsikt) definierats som en symptombild där det behövs mer forskning. Det har föreslagits ett antal kriterier, men det har alltså i nuläget inte status som en diagnos. Till exempel finns ett frekvens-kriterium, vilket säger att personen måste ha skadat sig 5 dagar eller fler det senaste året. Det vi vet idag är att många ungdomar skadar sig själva någon gång (alltså hudvårdsskada). I en studie från Linköping av Maria Zetterqvist med kollegor fann man till exempel att lite drygt en tredjedel av ca 3000 gymnasieungdomar hade skadat sig någon gång under det senaste året. Att skada sig någon gång under det senaste året kan alltså inte rimligtvis vara tillräckligt för att uppfylla en psykiatrisk diagnos. Så i de fall en person har skadat

sig någon enstaka gång och samtidigt uppfyller kriterier för ett annat kliniskt tillstånd som till exempel depression, så är depressionen kanske mer hjälpsamt att ägna sig åt kliniskt. Men någonstans tänker jag också att det kan passeras en gräns där självskadebeteendet i sig är det primära problemet och kan anses vara mer än bara en försvårande del i ett annat kliniskt tillstånd. Var en sådan gräns ska gå vet jag inte, men det är något som forskare tittar på idag. En annan fördel med att dessa kriterier ändå har publicerats i

Det känns bättre att göra sig fysiskt illa jämfört med att vara i dessa jobbiga känslor på omedelbar sikt.

DSM-5 är att det i större grad har uppmärksammats att självskadebeteende inte endast förekommer inom ramen för Borderline personlighetsyndrom. Tidigare har det ibland funnits ett likhetstecken mellan självskadebeteende och Borderline personlighetsyndrom. Men idag finns det övertygande mycket forskning som visar att långt ifrån alla som skadar sig själva uppfyller kriterier för Borderline.

Vid vilka andra kliniska tillstånd skulle du säga att självskadebeteende är vanligt hos ungdomar?

I våra studier uppfyller de allra flesta en annan DSM-diagnos. Ofta handlar det om både depression och en ångestdiagnos. Depression är det vanligaste enskilda komorbida tillståndet, men när jag ska förstå självskadebeteende tycker jag ändå att det är lättare att förstå om jag jämför det med ett ångestsyndrom. I alla fall vad gäller i termer av hur beteendet vidmakthålls och förstärks. De allra flesta skadar sig som en ångestlindrande effekt. Tröskeln för att skada sig minskar också ofta, alltså med tanke på hur stark känslan behöver vara för att ungdomen ska ta till självskadebeteende för att reglera känslan. Detta tycker jag också kan jämföras med den generalisering som ofta sker vid ångestsyndrom där fler och fler situationer blir svåra att klara av som tidigare inte varit det.

Ett själskadebeteende ska ju inte förstås som en suicidal handling, ändå verkar det finnas en koppling mellan ett sådant beteende och suicid. Kan du förklara detta?

Ja, I DSM-5 definieras ju sådant självskadebeteende som vi pratar om just som ”non suicidal self-injury”, vilket innebär att man har gjort en tydlig avgränsning mot suicidala beteenden. Det innebär alltså att beteendet i sig inte har gjorts i syfte att avsluta livet, utan som vi tidigare talat om som ett sätt att reglera jobbiga känslor. Men med det sagt, så kan ju en person med självskadebeteende i andra situationer också få tankar på att hen inte vill leva. Det finns en del forskning som visar att en del som har skadat sig själva inte har tankar på att de vill ta sitt liv. Men sedan finns det ganska många som också har sådana tankar från och till. Självskadebeteende har också visat sig vara en av de starkaste prediktorerna för framtida suicidförsök.

Så beteendet i sig är inte suicidalt men det predicerar suicidförsök?

Ja, och det finns teorier som försöker förklara varför det är så. Till exempel menar en del forskare att självskadebeteende och suicidalitet inte behöver hänga ihop från början. Alltså, en person kan vara fri från sådana tankar och planer när ett självskadebeteende börjar. Men i takt med att personen skadar sig själv så habituerar hen till just att göra sig själv illa. Det här ser vi ofta hos dem vi träffar, i och med att skadorna ofta blir mer allvarliga efterhand. Det som från början kanske var ganska ytliga hudvårdsskador kan bli till djupa skärsår. Om vi sedan tänker oss att en person som skadat sig själv hamnar i en kris senare i livet så kan steget till att göra sig själv skada vara mindre vilket kan leda till ett suicidförsök. Så när någon skadar sig så måste man alltid ha suicidalitet under uppsikt.

Berättaliteomerbehandlingsmodell!

Behandlingen ERITA innehåller både en ungdomsdel och en föräldradel. Ungdomsdelens inleds med att vi tillsammans med ungdomen försöker att reda ut vilken funktion självskadebeteendet (och även andra impulsiva destruktiva beteenden) har. Helt enkelt, vad det fyller för funktion på kort sikt men också på lång sikt. Sedan diskuterar vi att de saker som dyker upp under ”konsekvenser på kort sikt” oftast kan förstås som naturliga mänskliga behov. Hela rationalen är sedan att försöka hitta andra mer adaptiva sätt att få dessa naturliga mänskliga behov tillgodosedda. Ungdomarna får sedan träna på olika impulskontroll-färdigheter. Det kan till exempel handla om att

distrahera sig i de situationer då ungdomen får en väldigt stark impuls att skada sig. Denna distraktion innebär alltså att under en kort stund göra något tills att impulsen har ebbat ut, till exempel att se sitt favorit-YouTube-klipp. Det är viktigt att ungdomen konkret vet vad den ska distrahera sig med och att det inte är något annat destruktivt beteende. I behandling använder också ungdomarna en app som vi har utvecklat. I appen kan de välja mellan olika strategier, och ta tid på hur länge de använder strategin. Distraktionsstrategier är inte något som de ska ägna sig åt i flera timmar utan något som de använder under några minuter för att det värsta i impulsen ska klinga av, sen instrueras de att närma sig känslan igen om de är i en situation som medger det. En annan

Självskadebeteende har visat sig vara en av de starkaste prediktorerna för framtida suicidförsök.

färdighet kallar vi ”ersättning”. Det innebär att ungdomen identifierar i vilka situationer hen brukar skada sig själv, vilken funktion beteendet brukar fylla, och om hen kan hitta ett alternativt beteende som fyller liknande funktion. Till exempel kanske självskadebeteendet är ett sätt att reglera ensamhetskänslor. I det fallet kan vi fundera på vilka andra beteenden som skulle kunna göra att ungdomen känner sig mindre ensam. Det kan till exempel vara att skriva till någon eller att klappa sitt husdjur. Vi är tydliga med att ett sådant alternativt beteende oftast inte är lika potent som att skada sig, men det kanske ändå i viss mån fyller en liknande funktion vilket kan göra att ungdomen klarar av att avstå från att göra sig själv illa eller situationen värre. Förutom de här impulskontroll-strategierna så består behandlingen också av en känslökola där ungdomarna får lära sig om känslor och att deras känslor är funktionella, det vill säga att vi har känslor av en anledning och att vi kan vara hjälpta av dem. Vårt syfte med känslökolan är att ungdomarna ska öka sin förmåga att differentiera mellan olika känslor och bli bättre på att förstå vad känslan försöker säga dem. Slutligen arbetar vi även med olika typer av närmande-färdigheter vilka kan liknas vid en typ av exponering. Att ungdomen tränar på att uppleva jobbiga

känslor, sätta ord på dem och erfara hur de känns utan att skada sig. Även om många gillar distraktionsstrategierna inledningsvis försöker vi på sikt få ungdomarna att använda sig mer av närmandefärdigheter.

Är det inte svårt att förklara hur vissa komplexa känslor (t ex hopplöshet) skulle vara adaptiva för dem?

Vi försöker framförallt att arbeta med så kallade grundkänslor, vilket gör det lättare att se vilken funktion känslorna fyller. Att vara ledsen kan signalera en mängd olika saker, till exempel att man har förlorat någon eller något man tycker om. När det kommer till mer komplexa upplevelser brukar vi tillsammans med ungdomen försöka reda i vilka känslor och tankar som

finns i den upplevelsen. Vi skulle till exempel kunna konceptualisera en mer komplex upplevelse som att personen först erfor grundkänsla av ledsenhet, men att ungdomen sedan hamnade i ett åltande där hen dömer sina egna

känslor och reaktioner, vilket i sin tur leder till en mängd andra känslor vilka inte behöver vara speciellt hjälpsamma eller funktionella. De berättar bara för oss att vi dömer oss själva, eftersom det var det som triggade dem. Vi använder oss av konceptualiseringen av primära och sekundära känslor vilka man talar om i Dialektiskt beteendeterapi. Denna distinktion är inte särskilt empiriskt belagt, men fungerar som en pedagogisk modell för att hjälpa ungdomarna att förstå sina upplevelser bättre.

Jag kan tänka mig att närvaro på Internet kan vara stödjande för ungdomar med själskadebeteende men också att det kan förstärka sådant beteende. Adresserar ni det i behandlingen?

Det är en intressant fråga. Vi försöker att redan i bedömningsfasen kartlägga om det är så att ungdomen använder Internet på ett destruktivt sätt. Till exempel om de går in på den typen av forum där ungdomar lägger upp bilder på sår eller skriver om sitt självskadebeteende på ett ohjälpsamt sätt. Tyvärr finns det hur mycket som helst av

sådana forum på nätet. Det skulle vara häftigt att kunna bli ett alternativ till sådana forum och bygga upp någon slags kunskapsbas tillgänglig på nätet som var riktad till ungdomar.

Nu har ni också precis påbörjat en stor randomiserad studie med nationellt intag, berätta!

Vi har precis satt igång med en studie som blir den fjärde och avslutande behandlingsstudien. Jag kommer att bland annat att jobba med den som post-doc-projekt. Vi kommer att ha nationellt intag med sajter i Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Det kommer att vara en randomiserad kontrollerad studie där vi utvärderar terapeutiskt Internet-förmedlad ERITA för ungdomar, 13–17 år, som skadar sig själva. Det är möjligt att både komma via remiss till studien och att anmäla sig på egen hand. Alla som efter en telefonscreening tros kunna vara potentiella deltagare kommer att få komma på bedömningsamtal där de får en full diagnostisk utredning och behandlingsrekommendationer. ERITA jämförs sen med den sedvanliga vård som de får inom BUP. Efter sex månader erbjuds även kontrollgruppen ERITA. För inklusion krävs att de har skadat sig själva minst fem dagar det senaste året, en gång senaste månaden och har en vårdnadshavare som kan tänka sig att delta i föräldraprogrammet.

Till sist, vad har du för tips till kliniker?

Det första är att fråga om självskadebeteende. Även om det inte finns något som gör att du misstänker det, fråga ändå. Det finns olika sätt att fråga där en öppen fråga är bättre än ingen fråga alls, men där det visat sig vara ännu bättre att faktiskt definiera vad man menar och till exempel använda frågor från intervju guider eller skattningsformulär. Mer att läsa om självskadebeteende finns på nationella självskadeprojektets hemsida där det finns information både till både drabbade och professionella i olika sammanhang, webbutbildning och inte minst mer info om den pågående ERITA-studien.

Läs mer på: www.nationellasjalvskadeprojektet.se

Hur ska man förstå Metakognitiv terapi?

– Etablerade och kända behandlingsprinciper lanserade som nytt varumärke – MCT– eller ett nytt paradigm för psykologisk behandling?

Text: Göran Parment, Peter Myhr och Gunvor Mjös Parment
Foto: Marika Lindbom, privat, Carin Araujo/Freeimages, Glenda Otero/Freeimages

Följande artikel har även publicerats i Sokraten – Svenska föreningen för kognitiva och beteendeorienterade terapiers medlemstidning.

Vad är MCT? Ett kit med terapeutiska tekniker som kan integreras med KBT eller annan psykologisk behandling? Ytterligare en "approach" under KBT-paraplyet? En transdiagnostisk manual för ångest- och depressionsbehandling? Levererar MCT överhuvudtaget något substansiellt nytt eller är modellen ungefär detsamma som ACT och tredje vågens terapier? Är "Detached Mindfulness" ungefär samma sak som Mindfulness? Eller, ska man se MCT som en ny teori och ett nytt paradigm inom området psykologisk behandling?

Varför behövs MCT?

Det finns idag en rörelse mot transdiagnostiska behandlingar. Argumenten för den strävan brukar vara att förekomst av komorbiditet i klinisk vardag är regel snarare än undantag, att det sannolikt rör sig om just transdiagnostiska faktorer snarare än störningsspecifika bakom många av ångest- och depressionstillstånden, samt att det i praktiken blir ogörligt för klinikern att uppnå hög kompetens i många separata evidensbaserade behandlingsprotokoll (se till exempel Barlow et al., 2011; Frank & Davidson, 2014; Harvey et al., 2004). Förutom att det finns goda argument för utveckling av transdiagnostisk behandling, finns också konsensus om att behandlingsresultaten vid mycket vanliga tillstånd som till exempel Egentlig depression och Generaliserat ångestsyndrom (GAD), är långt ifrån tillfredställande. En utveckling mot effektivare behandlingar både för dessa tillstånd och för andra typer av emotionella

problem är påkallad. Endast ca en tredjedel av klienterna som behandlats med KBT för depression är fortfarande återhämtade 12 månader efter behandling (se till exempel Wells & Fisher, 2016). Andelen som rapporterats återhämtade efter behandling för GAD varierar mellan vanligtvis ca 40% och någon gång upp till 50-60% i olika studier (Fisher & Durham, 1999). I IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) i Storbritannien rapporteras om (i sammanhanget) en så hög andel som ca 54 % återhämtade med KBT vid GAD (Gyani et al., 2013). I tillägg till att det alltså är angeläget att öka effektiviteten av psykologisk behandling, är det naturligtvis också viktigt att utveckla metoder utan biverkningar och som upplevs så skonsamma som möjligt för patienten. Vissa interventioner i så kallade "Gold Standard"-behandlingar kan upplevas aversiva av en del eller av många klienter. Ett till exempel på detta är "Prolonged Exposure" vid PTSD, där problem med ökande symtom i inledningsfasen av behandlingen samt hög andel bortfall diskuteras (se till exempel Kehle-Forbes et al., 2016). Det

finns således goda skäl till att inte slå sig till ro utan att istället fortsätta utveckla transdiagnostiska behandlingar som är effektivare än tidigare och som upplevs skonsamma.

De teoretiska begreppen är inte "ett intellektuellt bihang" som kan konsulteras då och då, utan istället den guide som terapeuten behöver vara i kontakt med under i stort sett varje ögonblick av terapin.

Till skillnad från exempelvis Barlows "Unified Protocol" som ju är modulbaserad (d.v.s. ett antal moduler som visat sig effektiva i KBT tillämpas transdiagnostiskt) är Metakognitiv terapi princip- och teoridriven i sin transdiagnostiska modell. D.v.s. ett fåtal transdiagnostiska processer är i fokus för behandlingen.

The Cognitive Attentional Syndrome, CAS

Begreppet The Cognitive Attentional Syndrome (CAS) används i MCT för att beskriva den toxiska tankestil som leder till och vidmakthåller psykisk ohälsa. Med CAS avses ihållande oro, ruminering, hotmonitorering samt kontraproduktiva beteenden som till exempel undvikande. MCT är inte helt unikt i att lyfta fram sådant som oro och ruminering som transdiagnostiska processer. Även kliniker och forskare utanför MCT beskriver till exempel något liknande i begreppet Repetitive



Gunvor Mjös Parment är Leg psykolog och Leg Psykoterapeut samt Certifierad inom MCT, Level 1. Peter Myhr är Leg psykolog och Leg psykoterapeut, Certifierad inom MCT, Level 1 och 2 samt Psykoterapibehandlare. Göran Parment är Leg psykolog och Leg Psykoterapeut, Certifierad inom MCT, Level 1, Specialist i klinisk psykologi samt Psykoterapibehandlare.

Det finns således goda skäl till att inte slå sig till ro utan att istället fortsätta utveckla transdiagnostiska behandlingar som är effektivare än tidigare och som upplevs skonsamma.

Negative Thinking (RNT; Ehring & Watkins, 2008; McEvoy et al., 2013; Spinhoven et al., 2015). Det finns idag flera modeller förutom MCT där fokus ligger på att förändra negativa tankeprocesser, framförallt negativt tankeinnehåll, exempelvis Becks schemamodell. Vid sidan av MCT innebär också modern Beteendeaktivering, ACT och Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) en förskjutning från tankeinnehåll till tankeprocess.

Metakognition och CAS

Varför ägnar sig då människor åt CAS eller RNT om det är dåligt och leder till problem? Här framträder skillnaderna mellan modellerna tydligare. Enligt MCT är det varken maladaptiva schema, respondent och operant psykologi eller relationsinramning (RFT) som förklarar CAS. Det som enligt MCT driver CAS är positiva och negativa metakognitioner samt metaforeställningar om vissa tankar som särskilt signifikanta. Positiva metaforeställningar är föreställningar om CAS som hjälpsamt/skyddande och de negativa metaforeställningarna delas upp i dels föreställningar om okontrollerbarhet (till exempel oro/ältande som okontrollerbara processer) dels metaforeställningar om skadlighet (föreställningar om tankar

eller tankeprocesser som skadliga). I MCT är målet att eliminera eller minska CAS samt att förändra de metakognitioner som tidigare drivit CAS. Ingen annan modell än MCT förklarar att CAS eller RNT drivs av metakognition och ingen annan modell är utformad för att direkt modifiera metakognition.

Om man nu utgår från att CAS verkligen innebär just en toxisk tankestil, så problematisk att den utgör skillnaden mellan psykisk hälsa och ohälsa, kan det då ha någon betydelse – annat än rent akademisk – hur vi föreställer oss drivkrafterna bakom CAS? Eftersom MCT utvecklats för att direkt och systematiskt åtgärda CAS och det som driver CAS (positiva och negativa metakognitioner) är det av avgörande betydelse att terapeuten kan identifiera dessa processer och intervensera direkt mot dem. De teoretiska begreppen är inte "ett intellektuellt bihang" som kan konsulteras då och då, utan istället den guide som terapeuten behöver vara i kontakt med under i stort sett varje ögonblick av terapin.

Hur går det att integrera MCT med KBT eller annan psykologisk behandling?

MCT är alltså mer än sina tekniker.

MCT-interventioner som används utan förståelse för teorin leder till motstridiga budskap för patienten och gör behandlingen ineffektiv. Ifrågasättande av negativa tankar eller schema går logiskt inte ihop med MCT:s budskap "släpp engagemanget i dina negativa tankar". Inte heller blir traditionella eller nyare tekniker riktade direkt mot emotionsreglering kompatibla med MCT. Enligt teorin, den så kallade S-REF modellen, är det CAS-aktivitet och metakognition som orsakar emotionell dysreglering. Interventionerna ska därför riktas direkt mot att avbryta CAS (orsaken till emotionell dysreglering) istället för mot konsekvensen av CAS (ihållande negativ affekt). På så sätt får klienten en upplevelse av effektiv och varaktig förmåga till emotionsreglering.

Motsvarande resonemang gäller för problem med negativ självbild/maladaptiva schema (enligt till exempel Beck eller Youngs teori). Problem med negativ självbild är en produkt av och utgör konsekvensen av CAS. Även här är det CAS, d.v.s. engagemanget i, och responsen på, en problematisk självbild som behöver avbrytas, samtidigt som uppmärksamhet och beteende istället riktas mot sådant som möjliggör positiv social interaktion.

Av ovanstående blir det tydligt att många traditionella och nyare KBT-tekniker blir teoretiskt motstridiga med MCT. Det gäller till exempel tekniker för avslappning, exponering enligt habitueringstrategi, "Compassion", kognitiv omstrukturering av automatiska tankar/schema, bearbetning av traumaminnen. Över huvud taget blir begreppet "bearbetning", som anses viktigt i flera terapiriktningar, inkompatibelt utifrån frågan: "Vad är målet med bearbetning?" Om målet med bearbetning är att kunna frigöra sig från negativa tankemönster/lämna dem bakom sig, hur ska man kunna åstadkomma det genom att tänka mer? – I MCT åstadkommer man frikoppling/losskoppling från negativa tankemönster på ett direkt sätt, d.v.s. genom interventioner utformade för att omedelbart avbryta engagemang i negativ tankeprocess. Även interventioner som acceptans och mindfulness blir teoretiskt motstridiga med MCT. Acceptans blir i S-REF modellen ett överflödigt begrepp. Båda begreppen är enligt MCT diffust definierade och dessutom inbjuder de lätt till mer tänkande och mer oro, typ "Accepterar jag verkligen på rätt sätt nu

eller har jag fortfarande inte accepterat? Hur gör jag egentligen för att acceptera?" MCT:s intervention Detached Mindfulness (DM)/Fri- eller losskopplad uppmärksamhet, är mer avgränsad, tydligare operationaliserad och skräddarsytt för att avbryta negativ tankeverksamhet. Enligt den teoretiska och kliniska modellen är det omöjligt att samtidigt losskoppla sig och ägna sig åt CAS, d.v.s. med DM avbryts med nödvändighet CAS. DM är antites till CAS. Att sträva efter medvetenhet om "the present moment" enligt traditionell Mindfulness blir enligt MCT betydligt bredare, mindre specifikt och inte heller på en teoretisk nivå exakt inriktat mot att omedelbart avbryta engagemang i/ sluta respondera på en negativ tanke.

För praktiserandet av Detached Mindfulness ordinerar inte meditation upp till 45 minuter om dagen. Patienten behöver inte bry sig om sin andning eller sträva efter att vara "här och nu". Att försöka "sluta värdera" som i traditionell Mindfulness sannolikt är en ganska komplicerad kognitiv process. D.v.s. förutom att Mindfulness kan vara mycket tidskrävande för patienten, bjuder - enligt MCT - interventionen in till att åtgärda för mycket tänkande med mer tänkande och mer inåtvänd uppmärksamhet. För den som vill få en tydligare bild av hur MCT skiljer sig från KBT, ACT eller Mindfulness, rekommenderas till exempel Wells & Fisher (2016).

Uppmärksamhetens roll

När Becks kognitiva terapi lanserades fanns inte en särskild nyanserad eller differentierad bild av kognitionens roll. Inte heller var den kognitiva terapin grundad i kognitiv psykologi. S-REF modellen (Wells & Matthews, 1994; 1996) och MCT har genererats ur forskning om uppmärksamhet och emotionsreglering. MCT har utvecklats i takt med nyare kunskaper om uppmärksamhetens roll vid emotionell och kognitiv reglering samt om oro och ruminering som betydande transdiagnostiska processer vid psykopatologi. När det gäller uppmärksamhet, införlivades i MCT data om att det finns ett samband mellan självfokuserad uppmärksamhet och psykiskt illabefinnande (se till exempel Ingram, 1990). Den tidigare synen på uppmärksamhet har varit att den till stor del vilar på automatiska processer. I MCT förutsätts uppmärksamheten till största delen vara viljemässigt styrd, under exekutiv



Kliniker som lärt sig MCT beskriver oftast att de fått betydligt vassare verktyg att upptäcka, förstå och intervensera med.

kontroll. Problemet är inte färdighetsbrist, inte att patienten saknar kontroll över oro eller ruminering, utan att han/hon tror sig sakna kontroll över detta, d.v.s. har en negativ metaforeställning om okontrollerbarhet. Och här är MCT utformat för att hjälpa patienten upptäcka exekutiv kontroll.

MCT, Becks schemateori och förstärkningskontingenser

Unikt för MCT är alltså förklaringen att CAS drivs av metakognition och inte av schema eller av förstärkningskontingenser. Enligt MCT kan Becks schemateori inte förklara mekanismen med vilken ett schema driver CAS. Två personer med en negativ självbild kan ju förhålla sig på så olika sätt till sin självbild, lägga olika vikt vid den. Istället är det metakognition som förklarar hur stor vikt vi lägger på tankar om oss själva och i vilken utsträckning vi engagerar oss i dem. I MCT har flera begrepp från Becks schemateori helt skalats bort, andra begrepp har kastats om och fått en annan status vad gäller mekanismförklaringar. Till exempel ses,

som tidigare nämnts, schema/negativ självbild som produkter av CAS och inte som orsaker till CAS. Negativa automatiska tankar ses som helt operativa och normala företeelser.

Är MCT en evidensbaserad behandling?

Evidensbasen för de teoretiska begreppen och S-REF modellen har byggts upp under mer än 20 år (Wells, 2009). Större behandlingsstudier och RCTs är på väg. Hittills indikerar behandlingsstudierna att MCT kan vara både en effektivare och snabbare behandling än annan KBT vid GAD med mer än 70% återhämtade patienter (Wells & King, 2006; Wells et al., 2010; van der Heiden et al, 2012). Nyligen publicerades en RCT av social fobi där kognitiv terapi förstärkt med MCT (mCT) jämfördes med farmaka samt en kombination av läkemedel och mCT (Nordahl et al, 2016). 12 sessioner med mCT överträffade både farmaka och kombinationsbehandlingen vid 12 månaders uppföljning. Andelen kliniskt återhämtade patienter i den studien var 68%

och förbättrade 18%, d.v.s. mer än 85% svarade på behandlingen. I en studie av PTSD, där MCT och Prolonged Exposure jämfördes med varandra och med väntelista, var andelen återhämtade patienter i de båda aktiva behandlingarna hög och resultaten var i nivå med andra behandlingsstudier av PE. MCT överträffade PE när behandlingarna avslutades. Även om större studier behövs och skillnaden inte längre var statistiskt signifikant vid uppföljning, framstod MCT som en alternativ behandling till PE (Wells et al, 2015). I MCT för PTSD saknas exponering för traumaminnen och inte heller syns där en symtomökning i inledningskedet av behandlingen.

Under våren 2017 publicerades också en RCT vid Depression och 10 sessioner med MCT som jämfördes med patienter på väntelista (Hagen et al., 2017). Det förekom inga bortfall från den aktiva behandlingen. Det var höga effektstorlekar och andelen återhämtade patienter vid sex månaders uppföljning var betydligt högre (70-80 %) än vanligtvis vid psykologisk eller farmakologisk behandling. Större RCTs från forskargruppen i Trondheim är under bearbetning och pekar mot att MCT överträffar KBT och annan behandling vid generaliserat ångestsyndrom och PTSD (Nordahl, 2016).

MCT som teoretisk modell

En empiriskt grundad teori som stipulerar ett fåtal universella psykopatologiska processer bakom psykisk ohälsa, som beskriver vad som styr och kontrollerar dessa processer och som dessutom pekar ut interventioner exakt avsedda att avbryta de problematiska processerna bör förstås vara efterfrågad av såväl kliniker som klienten. Det finns idag många exempel på god och evidensbaserad psykoterapi som inte är MCT. Samtidigt är tesen i MCT att om en behandling fungerar, då gör den det genom att – på planerat sätt eller "by chance" – reducera CAS och maladaptiv metakognition. Den teoretiska modellen är alltså långt ifrån anspråkslös.

I studier har S-REF modellen och betydelsen av dysfunktionell metakognition fått upprepat empiriskt stöd (se till exempel Sun et al., 2017). Studier finns nu som ger stöd åt att metakognitiv förändring predicerar symtomförbättring i samband med till exempel exponering och responsprevention vid OCD



Ifrågasättande av negativa tankar eller schema går logiskt inte ihop med MCT:s budskap "släpp engagemanget i dina negativa tankar".

(Solem et al., 2009), betydelsen av metakognitiv förändring vid kroniskt trötthetsyndrom (Fernie et al., 2016), betydelsen av metakognition gällande individuella skillnader vid alkoholkonsumtion (Spada et al., 2007) samt att det är metakognitiv och inte kognitiv förändring som predicerar förbättring vid social fobi/social ångest (Nordahl et al., 2017; Nordahl & Wells, 2017)

Vår erfarenhet – mot bakgrund av att vi också har lång erfarenhet av annan evidensbaserad psykologisk behandling – är att MCT är en "snyggare teori". Under terapiesessionen konsulterar kliniker hela tiden teorin för att kunna identifiera problematiska

tankeprocesser och för att kunna intervensera effektivt. Kliniker som lärt sig MCT beskriver oftast att de fått betydligt vassare verktyg att upptäcka, förstå och intervensera med.

När en ny teori förklarar vad andra teorier prövat förklara, men på ett nytt, både mer införlivande och samtidigt mer parsimoniskt/stringent sätt brukar man tala om paradigmskiftet. Det blir spännande att invänta publiceringar av nya studier under de närmaste åren. Än är det förstås för tidigt, men vi ser ett nytt paradigm för psykologisk behandling under uppseglande.

Referenser

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.D., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. & Ehrenreich-May, J. (2011) *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Ehring, T & Watkins, E.R. (2008) Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192–205

Fernie, B.A., Murphy, G., Wells, A., Nikcevic, A.V., & Spada, M.M. (2016) Treatment outcome and metacognitive change in CBT and GET for chronic fatigue syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 397-409

Fisher, P.L. & Durham, R.C. (1999) Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29, 1425-1434.

Frank, R.I. & Davidson, J. (2014) *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning; Practical guidance for clinical decision making*. Oakland; New Harbinger Publications.

Gyani, A., Shafran, R., Layard, R. & Clark, D.M. (2013) Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. *Behavior Research and Therapy*, 51, 597-606.

Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Ottesen Kennair, L.E., Nordahl, H.M., Fisher, P. & Wells, A. (2017) Metacognitive therapy for depression in adults: A waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in Psychology*, 8, 31

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran R. (2004) *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders; A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford; Oxford University Press.

van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H., T. (2012) Randomized controlled trial on the effectiveness of meta-cognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.

Ingram, R.E. (1990) Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.

Kehle-Forbes, S.M., Meis, L.A., Spont, M.R., & Polusny, M.A. (2016) Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient Clinic. *Psychological Trauma*, 8, 107-114

McEvoy, P.M., Watson, H., Watkins, E.R., Nathan, P. (2013) The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151, 313-320

Nordahl, H.M. (2016) *The effectiveness of MCT on Anxiety and Depression: The Trondheim Randomized Controlled Trials*. Föredrag vid The 3rd International Conference of Metacognitive Therapy, Milano, 8-9 April 2016.

Nordahl, H., M., Vogel, P., A., Morken, G., Stiles, T., C., Sandvik, P. & Wells, A. (2016) Paroxetine, Cognitive Therapy or Their Combination in the Treatment of Social Anxiety Disorder with and without Avoidant Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 85, 346–356.

Nordahl, H. & Wells, A. (2017) Testing the metacognitive model against the benchmark CBT model of social anxiety disorder: Is it time to move beyond cognition? *PLoS ONE* 12 (5)

Nordahl, H., Nordahl, H.M., Hjemdal, O. & Wells, A. (2017) Cognitive and metacognitive predictors of symptom improvement following treatment for social anxiety disorder: A secondary analysis from a randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 1-7

Solem, S., Håland, Å.T., Vogel, P.A., Hansen, B. & Wells, A. (2009) Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 301-307.

Spada, M.M., Moneta, G.B., & Wells, A. (2007) The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behavior. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 567-574.

Spinhoven, P., Drost, J., van Hemert, B. & Penninx, B.W. (2015) Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 33, 45-52.

Sun, X., Zhu, C. & So Ho-wai (2017) Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45,139-153

Wells, A (2009) *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York – London: The Guilford Press.

Wells, A. & Matthews, G. (1994) *Attention and emotion; A clinical perspective*. Hove, UK; Erlingbaum.

Wells, A. & Matthews, G. (1996) Modelling cognition in emotional disorder; The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.

Wells, A. & King, P. (2006) Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.

Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. & Mendel, E. (2010) A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429-434.

Wells, A., Walton, D., Lovell, K. & Proctor, D. (2015) Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 70–80.

Wells, A. & Fisher, P., (2016) (Eds.). *Treating depression; MCT, CBT and Third Wave Therapies*. UK: Wiley.

Psykologiska perspektiv på sexualitet:

Nedslag i forskningen och terapirummet

Text och foto: Patrick Boothe

Sex och sexualitet är, har alltid varit och kommer kanske alltid att vara ett tabubelagt område i många samhällen. Detta kan göra det svårt att samtala kring ämnet när allting sker på ett vanligt förekommande sätt, men än mer så när det inte gör det. Det genomgripande temat för WiseMinds eftermiddagsföreläsningar denna fredag var sexualitet, eller mer specifikt sexualitet som bryter normen, med den första föreläsningen kring sexuell dysfunktion och den andra kring hypersexualitet och parafilier. Föreläsningarna följdes av en avslutande reflektionsstund, där publiken fick chans att ställa några frågor till föreläsarna och vidare diskutera ämnena som tagits upp under eftermiddagen.



Reflektionsstund och återkoppling

Den första föreläsaren ut på scen var Johanna Ekdahl med föreläsningen *Psykologiska perspektiv på sexuell funktion & dysfunktion: Orsaksmekanismer och verktyg i behandling*. Ekdahl är docent i klinisk psykologi och legitimerad psykolog vid Mittuniversitetet, Östersund. Hon forskar inom hälsopsykologi med särskilt fokus på smärta, rädsla och sexuella problem och arbetar även kliniskt med både par och enskilda individer som upplever sexuella problem. Ekdahl har även nyligen kommit ut med en bok på ämnet med titeln *Sexualitet och Sexuella problem – bedömning och behandling enligt KBT*. Föreläsningen tog upp ett flertal faktorer associerade med dysfunktion, beskrev sex som ett beteende utifrån ett inlärningsteoretiskt perspektiv samt hur beteendeanalys kan utföras och gav slutligen ett flertal tips på behandlingsverktyg.

Sexuell dysfunktion betecknar problem som exempelvis svårigheter vid upphetsning, vid utlösning eller smärta i samband med sex. Det är inte ett rent fysiskt fenomen, utan ett flertal kognitiva aspekter spelar roll vid dysfunktion, som fokus på det egna utseendet, negativa antaganden kring den egna förmågan eller katastrofierande, att tänka sig det värsta möjliga utfallet. Sexuell dysfunktion kan leda till undvikande eller uthärdande av sex hos den som lider av det.

Ett sätt att förstå uppkomsten av sexuell dysfunktion är genom att betrakta sex som ett beteende istället för en ren handling, då beteendeteorier så som inlärningsteori då även kan användas för att förstå sex. Ett obetingad stimulus, exempelvis en overt sexuell handling, leder till en obetingad respons, att man

blir upphetsad. Genom upprepade trials kan stimuli associerade med de sexuella handlingarna, som sängar eller levande ljus (betingade stimuli), räcka för att göra individen upphetsad (betingad respons). För en individ som lider av sexuell dysfunktion kan däremot stimuli som hos en individ triggas upphetsning istället triggas känslor av otillräcklighet, frustration eller stress tack vare tidigare upplevelser.

En liknande koppling till operant betingning kan också göras, med stimulus, respons och konsekvens. Ser en partner exempelvis inbjudande på en individ med sexuell dysfunktion kan det leda till stress som resulterar i responsen att personen går därifrån eller undviker ögonkontakt. På kort sikt leder dessa responser till den upplevt

goda konsekvensen att en potentiellt jobbig situation undviks, men på lång sikt bidrar dessa responser till ett bibehållande av beteendet och inte sällan en stagnerande relation.

Ett bra sätt att börja handskas med sexuell dysfunktion är genom att genomföra en beteendeanalys. Denna kan delas upp i fem steg:

1. Formulera problemet i konkreta beteendetermer.
2. Samla in ytterligare information kring sexuella beteenden och associerade faktorer.
3. Genomför en funktionell analys av centrala beteenden för att förstå deras funktion, hur de vidmakthålls samt hur alternativa beteenden skulle kunna etableras.
4. Formulera tydliga mål för behandling/åtgärder.
5. Baserat på problemformulering och uppsatta mål, gör en detaljerad plan för en intervention.

Vid behandling kan man använda sig av flera verktyg från KBT, inte minst exponering. Syftet med exponering är som bekant att visa att obehagliga situationer inte är farliga. Exponeringsterapi vad gäller sexuell dysfunktion kan exempelvis utgöras av att undersöka sin egna kropp framför spegeln vid skamkänslor eller att följa ett progressivt exponeringsschema där patienten utsätter sig för situationer hen finner mer och mer obehagliga. Ett annat, ofta underskattat behandlingsverktyg man kan använda är psykoedukation. Genom att undervisa patienten kring de psykologiska och medicinska delarna av besvären ökar patientens kunskap i området samtidigt som underlag ges för behandlingen och stigma kanske minskar något.

Eftermiddagens andra föreläsning, *Sexuell avvikelser och hypersexuell störning*, hölls av Katarina Görts-Öberg. Görts-Öberg är legitimerad psykolog och psykoterapeut samt auktoriserad klinisk sexolog via Nordic Association for Clinical Sexology (NACS) och enhetschef på ANOVA vid Karolinska universitetssjukhuset (tidigare Centrum för Andrologi och Sexualmedicin - CASM). Föreläsningen grundade sig kring begreppen *hypersexualitet* och *parafili*, samt hur dessa tillstånd kan behandlas.

Hypersexualitet är en omdebatterad term som saknar exakt precisering och omfattade vetenskapligt stöd. Termen har flera definitioner och är känd under



Katarina Görts-Öberg och Johanna Ekdahl

flera andra namn, såsom sexmissbruk eller sexberoende, men gemensamt för de flesta definitionerna är en omätlig sexualitet med förlorad kontroll som leder till negativa konsekvenser. Det kan grovt sammanfattas till för många tvångsmässiga sexuella tankar. Termen föreslogs till DSM-5 som en "non-paraphilic sexual desire disorder" med ett impulsivt inslag, men inkluderades inte i den slutgiltiga versionen. Några av de många negativa konsekvenserna av hypersexualitet är relationella och arbetsrelaterade problem, en

ökad risk för sexuella sjukdomar eller oönskade graviditeter och kanske allvarligast en ökad risk att begå eller återfalla i sexualbrott. Samsjuklighet med bland annat depression och olika former av ångest är vanligt vid hypersexualitet.

Sexuell dysfunktion kan leda till undvikande eller uthärdande av sex hos den som lider av det.

Parafili, eller sexuella avvikelser, är i sin tur

fantasier, tankar och beteenden som är repetitiva, tvångsmässiga och impulsiva men också socialt avvikande och okonventionella. För att diagnostiseras med parafili krävs i DSM-5 dessutom att dessa tändningsmönster (inte

bara samhällets reaktion till dem) ger upphov till ångest eller oro hos individen eller involverar beteenden som ger upphov till psykologiskt/fysiskt lidande eller död hos medparten eller som inte innefattar en individs lagliga medgivande. Exempel på olika sexuella tändningsmönster som kan diagnostiseras är pedofili, exhibitionism, voyeurism och fetischism. Det bör noteras att individer som lider av parafili inte nödvändigtvis är sexualförbrytare, men att parafili och hypersexualitet är riskfaktorer för sexualbrott. Enligt ett kliniskt urval från ANOVA (2010, n=93) är även samsjuklighet med depression, social fobi och personlighetsstörningar vanligt.

Då både hypersexualitet och parafili som sagt är riskfaktorer för sexualbrott har behandling en viktig preventiv roll. Behandling enligt ANOVA:s modell sker alltid frivilligt och varar i regel allt från 1–3 år. En viktig resurs för individer att nå hjälp är via telefonlinjen PrevenTell, en hjälplinje vid oönskad sexualitet. Viktiga faktorer det arbetas med i behandling innefattar sociala färdigheter, empatiträning, adekvat farmakologi, utveckling av en sund sexualitet och arbete kring riskfaktorer för återfall och bakslag. Behandlingsfokus ligger ofta på strategier med starkt evidensbaserat stöd. En bra pågående studie kring internetbaserad KBT-behandling av personer med hypersexuell störning med eller utan sexuell avvikelser är KAFKA IT vid ANOVA.

Föreläsningarna följdes av en reflektionsstund där föreläsarna fick chans till återkoppling och publiken fick svar på sina frågor. Ämnen som diskuterades var bland annat frågor kring skillnader mellan tvångsmönster och parafili, huruvida testosteron kan användas för att behandla lustproblematik och en hel del kring var gränsen går mellan det som bör betraktas som normalt vs onormalt sexuellt beteende. Reflektionsstunden var ett välkommet avslut på en mycket informativ och intressant eftermiddag och ett utmärkt sätt att knyta ihop föreläsningarna.

Då både hypersexualitet och parafili är riskfaktorer för sexualbrott har behandling en viktig preventiv roll.



Föreläsningarna var välbesökta



Diskussion kring föreläsningen



Välkommen till vårens specialistutbildning!

ACT

i teori och praktisk tillämpning

10 heldagar i Stockholm

1-2 feb, 1-2 mars, 22-23 mars, 3-4 maj & 24-25 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 workshopen ligger fokus på färdighetsträning där du som deltagare får tillfälle att både observera och själv öva dig i tillämpning av ACT-tekniker.

Förkunskapskrav

För att delta krävs att du deltagit i en ACT-workshop eller har motsvarande erfarenhet. 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.svenskapsykologiiinstitutet.se

Kontakt: Moa Manneberg moa.manneberg@svenskapsykologiiinstitutet.se

HUMAN ACT

PRESENTERAR



DR. EDNA FOA

Miss inte möjligheten att utbildas av Edna Foa - en av världens 100 mest inflytelserika personer enligt Time Magazine.

Dr. Edna Foa håller sin mycket uppskattade fyra dagars utbildning i **Prolonged Exposure** för PTSD i Stockholm den 23-26 april 2018.

Begränsat antal platser.

UTBILDA DIG HOS OSS!

NIKLAS TÖRNEKE - METAFORER

Från vetenskap till psykoterapeutiska verktyg.

Workshop med underbara Niklas Törneke.

Malmö den 21-22 augusti 2018.

RIKKE KJELGAARD - KURSER I ACT

Introduktionskurs i ACT - Malmö den 5-6 mars 2018.

Fördjupningskurs i ACT - Malmö den 19-20 mars 2018.

ACT like a pro - Stockholm den 27 april 2018.

ACT i grupper - Malmö den 27-28 augusti och 11-12 sep 2018

SKRÄDDARSYDD UTBILDNING?

Kontakta oss, så hittar vi en lösning som passar just era behov.

Let's do this!

WWW.HUMANACT.SE



wise
mind



STOCKHOLM, ERSTA KONFERENS, 15 FEBRUARI 2018, KL 13-17

Syftet med workshoppen är att bidra till ökad förståelse för olika former av makt, hur makt yttrar sig i psykoterapi och hur makt kan utjämnas. Workshoppen riktar sig till Dig som bedriver psykoterapi/psykologisk behandling med vuxna, barn och ungdomar.

WORKSHOPPEN LEDS AV INGA DENNHAG, fil. dr. i klinisk psykologi, leg psykolog, leg psykoterapeut, BUP, Klinisk Vetenskap, Umeå Universitet. Författare till boken "Makt och psykoterapi" som utkommer på Natur och Kultur under 2017.

PRIS: 1000 kr + 25 % moms, inklusive eftermiddagsfika. Mingel med snittar och ett glas bubbel efter workshoppen, kan läggas till för 200 kr + moms 25%

SPECIALISTKURSER FÖR PSYKOLOGER 2018

Parterapi – Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)
25-26 januari, 22-23 februari och 20 april

Evidensbaserad utredning och diagnostik av barn/ungdomar och vuxna, del 1
30-31 januari, 27-28 februari och 27-28 mars

Evidensbaserad utredning och diagnostik av barn/ungdomar och vuxna, del 2
13-14/2, 13-14/3 och 24-25/4

Hälsopsykologi
28 februari -2 mars, 12-13 april och 18 maj

Psykologen som handledare - Hantera svåra handledningssituationer med hjälp av MI och ACT
1-2 mars, 12 -13 april samt 17 - 18 maj

Prolonged exposure vid PTSD
19-22 mars och 19-20 april

Personlighet och personlighetsstörningar Utredning och diagnostik av vuxna och ungdomar
11-12 april, 8-9 maj och 4-5 juni

MMPI-2 och dess kliniska tillämpning
26-27 april och 1 juni

Tvångssyndrom – Psykologisk bedömning, behandling och hantering
30-31 augusti, 4-5 oktober och 22-23 november

Suicid – orsak, bedömning och behandling
3-4 september, 15-16 oktober och 3-4 december

Klinisk sexologi
Stockholm 6-7/9, 11-12/10 och 15-16/11

Schizofrenispektrumssyndrom – bedömning, behandling & återhämtning
Stockholm 12-14 september och 7-9 november

Föräldrastöd – att främja barns positiva hälsoutveckling
Stockholm 20-21 september, 25-26 oktober, 29-30 november

Bipolärt syndrom hos ungdomar och vuxna – utredning och behandling
Stockholm, 26-28/9, 29-30/10 och 26/11

WiseMind 2018



DATUM 28 JUNI- 2 JULI 2018

DENNA UTBILDNING syftar till att ge en genomgång av de senaste rönen inom krispsykologi samt tidiga psykologiska och farmakologiska interventioner i att förebygga PTSD. Utbildningen kommer också beröra hur bedömning av behandlingsbehov efter trauma bäst görs.

LÄRARE: Maria Bragesjö leg. psykolog och specialist i klinisk psykologi, leg. psykoterapeut och doktorand.

För mer information och sista anmälan se
WiseMind AB, www.wisemind.se, info@wisemind.se Mobil 070-2652575

Rapport från EABCT i Ljubljana – 2017

Text och foto: Erling Hansen

Efter förra årets konferens i Stockholm var det kanske ett mellanår för svenska KBT:ares efterfrågan på EABCT-konfererande, men när det meddelades att konferensen flyttades från Istanbul till Ljubljana beslöt jag mig för att åka. Det var naturligtvis en missräkning för den arrangerande turkiska föreningen, som först planerat för Istanbul, men där det senare bedömdes alltför osäkert under rådande politiska förhållanden. Ljubljana visade sig vara en perfekt konferensstad: säker, inte för stor – och vacker, med en fin blandning av äldre lokal byggnadsstil, jugendarkitektur från den Habsburgska epoken, samt betongmodernism från den socialistiska eran. Stadens restauranger var mycket bra, och Ljubljana har också flera intressanta konstmuseer, etc. Jag hade turen att träffa några glada svenskar redan på Kastrup och totalt var vi väl knappt 10 deltagare från Sverige.

Det var mer fokus på den kliniska praktiken och mindre på studier av underliggande teoretiska modeller.

Konferensens tema var *Bridging dissemination with good practice*, och det var i efterhand sett en ganska träffande titel då det var mer fokus på den kliniska praktiken och mindre på studier av underliggande teoretiska modeller. I det följande gör jag några nedslag från min väg genom konferensens, som alltid, späckade schema.

Onsdagens pre-congress workshop och torsdagsförmiddagen – första konferensdagen – ägnade jag åt kanadensaren Adam Radomsky och hans kognitiva terapi för OCD. Radomsky är välkänd för många inom BTF och jag hörde honom senast i Haag för tre år sedan och hade därför sett fram emot att också få göra hans workshop, i Ljubljana med huvudfokus kring *mental contamination*, samt följande dags masterclass ägnad åt *postpartum obsessions*.

Radomsky diskuterade sin modell för OCD-behandling i relation till exponering och responsprevention (ERP), där han menade att ett problem för ERP är att en alltför hög andel av patienter inte fullföljer behandlingen. I Radomskys modell ligger fokus på att utforska tvångstankar och underliggande antaganden i en serie beteendeeperiment, där exponering för ångest inte är viktigt annat än för att utforska eventuella problematiska antaganden om ångest; det är således en behandling som skiljer sig mycket från ERP, och mer lik meta-kognitiv terapi (MCT) för OCD, men fokuserar till skillnad från MCT också

på mer innehållslik nivå. Det var slående hur enkel och pragmatisk hans kognitiva konceptualisering är, och hur flexibel behandlingen blir utifrån en sådan konceptualisering.

Efter lunch såg jag fram emot en in-congress work-

shop med Sara Tai från Manchester, gällande en behandlingsmodell för bipolära tillstånd kallad TEAMS (Thinking Effectively About Mood Swings). Denna modell var intressant med sitt fokus på konceptualisering av *ascent* och *descent behaviours* och de antaganden och tolkningar av emotionella symtom som driver dessa beteenden och därmed förstärker den affektiva spiralen uppåt respektive nedåt. Effekten av denna behandlingsmodell i den studie som refererades var dock blygsam avseende dess effekt på just affektiva symtom, vilket Tai förklarade med att man i praktiken i terapin inte alltid fokuserade så mycket på *mood swings*, utan ofta istället på helt andra saker som patienterna hellre ville arbeta med. Här framtonade en bild av att fokus i deras arbete under studiens gång gradvis skiftat från TEAMS mer strukturerade psykoedukativa format, till arbete utifrån Method

of Levels (MOL) – såpass att en planerad publikation av TEAMS-manualen nu är oviss då de själva till stor del frångått modellen. Min reflektion är att TEAMS och MOL har sina styrkor i olika faser av behandlingen av patienter med bipolära tillstånd – TEAMS förefaller ge en mycket användbar formulering av kognitiva och beteendemässiga mönster i de bipolära svängningarna, medan MOL möter patienten där han eller hon är i att långsiktigt arbeta med den typen av målkonflikter som sannolikt skapar en ökad sårbarhet för att trigga nya affektiva episoder, men också för ökad livskvalitet i hantering av de stressorer i livet som många av dessa patienter är känsliga för.

Onsdagen avslutade jag med Fügen Neziroglu från New York som höll en mycket givande presentation om inlärningshistoria och behandling vid BDD. Bland de mest intressanta sakerna hon tog upp var att BDD-patienter i typfallet inte alls skattar sitt utseende som mycket värre än andras, vare sig globalt eller avseende de kroppsdelar de fixerat sig vid – i själva verket skattar de sig strax under medianen – utan snarare att deras idealbild av hur de önskar att de såg ut är så mycket extrem.

Fredagen blev för min del lite av en mellandag, där jag prickat in några relativt sega punkter under förmiddagen – ingen nämnd, ingen glömd. Eftermiddagen ägnade jag dock åt en workshop med amerikanske Cory Newman om handledning, vars största värde var inspiration och modellinlärning genom Newmans sympatiska stil som terapeut och handledare.

Fredagens höjdpunkt visade sig vara en presentation av amerikanen Edward Craighead om prediktion av respons vid depressionsbehandling. Craighead framstod som en påtaglig auktoritet som också verkligen fängade sin publik med sin intensitet, och en sydstatsgentleman som när han gav ordet till frågeställare använde tilltalet ”Yes, Sir”



EABCT i Ljubljana

och ”Yes, Madam” – mycket charmigt. Fokus var en studie av fMRI-markörer som predicerade behandlingsrespons på KBT (Beckiansk) respektive SSRI, där man hittade tydliga prediktorer för vem som svarade på vilken behandling – kort sagt identifierades mönster som indikerade antingen en *CBT brain* eller en *Med. brain*, där den sistnämnda typen var mycket starkt kopplad till utebliven respons på KBT. Craighead menade att detta beror på den studerade psykoterapiens beroende av top down-processande, och det var här skillnaden låg: har du vad Craighead kallade en super highway från prefrontala delar ner till hjärnstammen – en *CBT brain* – så kan du tillgodogöra dig terapin, annars inte. På fråga från publiken svarade Craighead att det inte var uteslutet att beteendeaktivering kunde ha andra förutsättningar i matchningen med en *Med. brain*, eftersom den inte lika uppebart baserar sig på den typen av processande, men det är alltså något som inte studerats. På övertid berättade Craighead också om hur han var med på det möte där den stora depressionsstudien TDCRP planerades, där det diskuteras om den psykologiska behandlingen som valdes skulle vara kognitiv terapi eller beteendeterapi. Lewinsohn och andra framhöll att evidensen för beteendeaktivering var starkare, men enligt Craighead avgjordes saken när Aaron Beck sade: Ok, jag stoppar in beteendeaktivering i min terapi – och därmed hade man en kompromisslösning. Manualen (Beck, 1979) skrevs, enligt Craighead, efter detta möte och hade annars sannolikt sett annorlunda

ut. En idéhistorisk anekdot som var kul i sammanhanget.

Lördagen – konferensens sista dag – inledde jag med Ross Menzies masterclass om arbete med ilska, utifrån en modell och manual som han själv har publicerat. Detta var en absolut fullträff och konferensens mest underhållande presentation, med både högklassigt innehåll och ett komiskt geni. Därefter valde jag att gå på ett av de symposier där doktorander presenterar sitt arbete: I detta fall var det några yngre norska och brittiska forskare inom Metakognitiv terapi (MCT) som presenterade sina behandlingsstudier – bland annat presenterade norske Sverre Johnson en studie av MCT i jämförelse med KBT för patienter med behandlingsrefraktära ångeststörningar. Utifrån Johnsons data diskuterades hur vidmakthållandet av behandlingsutfall påverkades av vilken uppföljande behandling som erbjuds, där senare insatser utifrån en mer mainstream-KBT för patienter som svarat väl på MCT återintroducerar ett processande på innehållslik nivå som interfererar på förhållningssättet inom MCT. Matchning av senare uppföljning till den behandling som faktiskt hjälpt är

Jag saknade lite mer av utflykter till cutting-edge laboratorieforskning och avancerade statistiska modeller som får hjärtat att klappa lite fortare.

en kliniskt viktig poäng, som tydligare bör lyftas fram i den återfallspreventiva planen.

Därefter åter till Ross Menzies, denna gång om innovationer inom behandling av OCD, återigen mycket intressant, delvis fokuserat på kopplingar mellan dödsångest och OCD och behovet av att beakta detta och vid behov komplettera behandlingen med vad Menzies benämnde ”death work”.

Vid det här laget var jag ganska mör och konferensen började tunnna ut betänkligt vid lunchtid. Återstod vid detta laget endast min sista bokade in-congress workshop, med Allison Harvey, från Berkeley i Kalifornien, om memory enhancement i KBT, vilket i korthet bygger på en noggrann analys av den typen av kommunikationsstrategier som vi använder för att stödja patientens inlärning, hägkomst, generalisering och applicering av viktigt innehåll i terapin – till exempel genom att be patienten i egna ord återge en terapeutisk poäng, att reflektera över dess för- och nackdelar, jämföra den med annan kunskap, och att berömma patienten för hägkomst av terapeutiska poänger.

Budskapet gick i korthet ut på att vi bör sikta på att ungefär fördubbla frekvensen av den typen av kommunikation. I linje med hela konferensen var detta mycket praktiskt användbar kunskap och en påminnelse om att det ofta inte är mer sofistikerade interventioner vi behöver för att förbättra resultaten i terapin, utan en grundlig tillämpning av det vi redan gör.

Jag upplevde konferensen som optimerad för klinikern. Även om jag tillhör den kategorin så saknade jag lite mer av utflykter till cutting-edge laboratorieforskning och avancerade statistiska modeller som får hjärtat att klappa lite fortare. Känslan är som alltid att KBT är i utveckling och på väg någonstans. Frågan är såklart vart – svaret får vi kanske på EABCT i Sofia 2018 och världskonferensen i Berlin 2019!

Tankar från EABCT i Ljubljana 2017

Text: Lise Bergman Nordgren

Foto: Tiia Monto/Wikimedia

Commons

Sammanfattar på väg hem från Ljubljana, en ganska liten stad med skiftande arkitektur som på turistinformationssidor lyfter fram sina broar och sina historiska sevärdheter. Det är också en stad med flera insprängda parker som i grävädret lyste med sin grönska. Staden som med ganska kort varsel fick vara värdstad för EABCT 2017 i stället för Istanbul, om än med den Turkiska föreningen kvar som arrangör.



Sammantaget är mitt intryck att huvudfokus för denna konferens varit kliniskt och att processer är intressant, tillsammans med kulturell kompetens hos behandlare. Det presenterades fler kliniska 'master classes' och workshops än på länge. Flera av programpunkterna behandlade transdiagnostiska modeller på olika sätt, allt från vilka dessa modeller är, till de underliggande processerna som föreslås vara roten till psykisk ohälsa, och behandlingar kopplat till dessa. Ett inslag bland de punkter jag bokat in behandlade huruvida dödsångest skulle kunna vara en sådan underliggande process. Jag kan inte påminna mig om att jag tidigare varit på en KBT-konferens där utdrag ur Gilgamesh presenterats i en presentation, en höjdpunkt bara det. Jag fick också chansen att lyssna på tankar kring hur vi bäst hjälper barn till vårdnadshavare med psykisk ohälsa. Fokus låg på hur den som har ansvar för barnet ska kunna agera ett så gott omhändertagande som möjligt, hur man som behandlare kan tänka när ens patient också är vårdnadshavare och om det påverkar behandlingen och hur eller om barn kan eller bör inkluderas i denna. Viktigt område tänker jag. Plus att jag kryddade mitt program med lite påfyllnad kring utbildningshandledning.

Konferensen med sina strax över 700 deltagare innehöll också det möte som EABCT:s styrelse, och de föreningar som ingår i organisationen håller för att rösta om olika frågor där alla föreningar ska vara med och ha en åsikt och möjlighet påverka besluten. Jag deltog i min egenskap av ordförande för BTF och var vår representant vid omröstning om nya styrelsemedlemmar för EABCT, och om var konferensen ska ligga 2021. År 2021 kan tyckas avlägset att rösta om 2017, men ett så omfattande arbete som att administrera en konferens i den här storleken kräver lång tid för planering och administration, allt för att kunna öppna på plats till utlovat datum (vilket flera av våra medlemmar fick erfarva när de deltog i genomförandet av konferensen i

Stockholm förra året, en konferens som lockade 1800 besökare). Jag fick flera gratulationer för en genomförd konferens från olika delegater och konferensdeltagare. Fantastiskt roligt även om jag nogsamt poängterade att äras den som äras bör, då jag inte fanns med vare sig i planerandet av själva konferensen eller det operativa arbetet under de dagar den genomfördes, utan bara varit med och fattat de beslut som skulle tas i vår styrelse. Men till er alla medlemmar som faktiskt deltog med tanke- och muskeltkraft i genomförandet, ta åt er, komplimangerna är till er! Och för er som undrar, konferensen 2021 kommer att hållas i Belfast.

Sammantaget är mitt intryck att huvudfokus för denna konferens varit kliniskt och att processer är intressant, tillsammans med kulturell kompetens hos behandlare.

**NY
HANDFAST BOK**

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

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

Författare och kursledare: Liria.Ortiz@gmail.com

OBS!
Manusstopp för nästa nummer av Beteendeterapeuten är **10 januari 2018**
Maila ditt alster till **ahlenjohan@gmail.com**

kogniotm
centrum för KBT

Utbildning i
SCHEMATERAPI
Med Poul Perris och Carl Gyllenhammar

LUND 2018

Modul A
31 maj - 1 juni

Modul B
8-9 oktober

Modul C
4-7 december

Mer info och anmälan:
www.kognio.se

**Grattis
Peter Myhr!**

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



Riktlinjer för att skriva i Beteendeterapeuten



Alla medlemmar är välkomna att skicka in bidrag till tidningen! Och vi i redaktionen är övertygade om att ni medlemmar har mycket att berätta om som är av intresse för andra medlemmar!

Här följer lite riktlinjer och exempel för att skriva i Beteendeterapeuten. Dessa exempel är naturligtvis just exempel och inte en uttömmande lista av vad som kan skrivas om. Tanken är att ge en tydligare ram för att underlätta skrivandet.

Vad kan du få för hjälp av oss i redaktionen?

- Redaktionen bistår med korrekturläsning.
- Om en författare önskar, kan redaktionen även bistå med mer omfattande feedback på manus, förslag på struktur osv. Dock behöver sådana manus skickas till redaktionen senast två veckor före manusstopp.
- Om du har en idé på något du vill bidra med, uttrycka, kan du alltid skicka en fråga och få feedback på ett idéstadium.

Du får skriva med vilket radavstånd och format du önskar, men om du vill underlätta, använd så lite formatering som möjligt. Alltså gärna samma storlek på typsnitt genom hela dokumentet, enkelt radavstånd, samt inget extra inställt avstånd efter stycken (dvs 0 pt).

Kort artikel/reportage (500 – 1500 ord)

T ex,

- Kortare sammanfattning/rapport för att ge exempel från eget arbete
- Kortare sammanfattning från föreläsning, kurs
- Kortare sammanfattning av intressant KBT-relaterad forskningsartikel
- Reflektion kring implementering av KBT i en viss kontext
- Diskussion kring utmaningar/svårigheter
- Lyfta ämne som du tycker behöver diskuteras mer

Artikel/reportage (1500 - 3000 ord)

T ex,

- Erfarenheter från arbete på din/er mottagning
- Reportage från föreläsning, kurs
- Redogörelse av KBT-relaterad metod eller teori
- Mer omfattande redogörelse/översikt av KBT-relaterad forskning
- Intervju av intressant person

Bokrecension (500 – 1000 ord)

- Läs en bok – skriv kort om innehåll, samt t ex vad du tycker att boken bidrar till!

Brev till redaktionen/kommentarer (ca 500 ord)

T ex,

- Kommentar för att diskutera, stödja eller motsätta sig något som publicerats i tidningen
- Kort kommentar kring någonting aktuellt som är av intresse för medlemmar, t ex pågående arbete kring riktlinjer, föreningens inriktning, hur KBT och psykologisk behandling skildrats i media.
- Korrigering av något som blivit fel i tidigare nummer.

Ny medlem i Beteendeterapeutens redaktion

Erling Hansen, legitimerad psykolog och psykoterapeut samt specialist i klinisk psykologi och handledare i KBT är ny medlem i redaktionen. Jag som redaktör är mycket glad för detta, och bad honom kort att presentera sig i detta nummer utifrån de följande frågorna:

Vad gör du när du inte arbetar med Beteendeterapeuten?

Jag är verksam i eget företag i Lund, och arbetar huvudsakligen med klinisk handledning samt privatmottagning.

Har du några idéer för tidningen inför framtiden?

Beteendeterapeutens roll, tänker jag, bör vara att spegla vad som rör sig inom KBT i Sverige - avseende forskning och utveckling, utbildning, implementering, etc. BTF:s medlemskap täcker

i flera avseenden ett stort fält - så om en av Beteendeterapeutens funktioner kan vara att göra topografin lättare att läsa och minska avstånden något så är det toppen. Att berätta om egna eller någon kollegas framgångar i att göra högkvalitativ KBT mer tillgänglig är ett exempel på en artikel som är kul att läsa, eller kanske en reflektion med avstamp i någon artikel du läst, som avstamp för att beskriva vad den betyder i din verksamhet, eller ett debattinlägg kring utvecklingen av KBT i Sverige idag - sådant tycker jag gör tidningen levande. Som medlem av redaktionen vill jag mer än gärna stå till tjänst med feedback på inlägg eller artikelidéer.

Text: Johan Åhlén

Nominera till föreningens priser för 2017!

Nu är det 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 som i år äger rum i Malmö.

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 priserna 1 till 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.

Skriftlig nominering med motivering görs genom formulär på föreningens hemsida (www.kbt.nu), eller om du vill komma direkt till formuläret (www.kbt.nu/priser/nominera.asp?sida=nominera). Nomineringen ska vara styrelsen tillhanda senast den 31/1-2018, så 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!



Astrid Palm Beskow

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

Handledar- och lärarutbildning i KBT

med start i Göteborg 1 oktober 2018

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

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart, fördelad på sex studieveckor. Föreläsare på utbildningen är James Bennett-Levy, Sarah Rakovshik, Joy McGuire, Celia Young med flera. Sista anmälningdag 15 juni 2018.

Läs mer på www.ehnvallkbtcompetens.se





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

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

Nyhetsbrev från styrelsen 2017-08-16

Telefonmöte

Ordförandens rapport: Bytet av ansvarig utgivare för Beteendeterapeuten är genomförd.

Ekonomisk rapport: Det digitala bokföringssystemet Fortnox har börjat användas och fungerar bra. En uppföljning av budgeten för 2017 visar att intäkterna hittills understiger budgeten.

Medlemsstatistik: Antalet medlemmar uppgår till 801.

Hemsida & IT: Ett förslag på ny design för hemsidan har inkommit. Behov om att diskutera hemsidan noggrant framkommer och att detta görs på ett särskilt möte.

Beteendeterapeuten: Behovet av redaktionsmedlemmar till Beteendeterapeuten diskuteras.

Infogrupp och annons: Avtal angående annonseringar diskuteras och om påminnelser till KBT-listan om kommande kurser ska kunna göras för de med avtal.

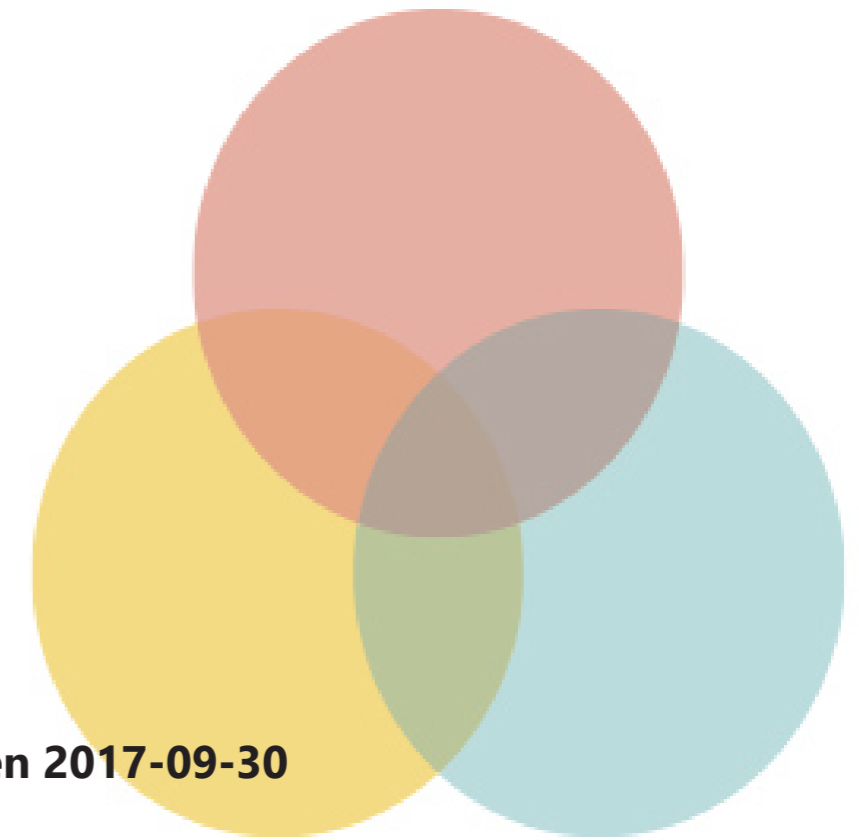
Stipendier och priser: Finns ett nytt förslag till text angående stipendier och priser, däribland instiftande av pris för C- och D-uppsatser.

Årskongressgruppen: Lokal är bokad för årskongressen 2018, Johan Wetterlöv är ekonomiansvarig och tar fram budget.

Beslutspunkter:

1. Datum för extra möte angående hemsida den 26/8.
2. Styrelsen fattar beslut om ny formulering om stipendier och priser samt utrymmet i budgeten framöver för priser.
3. Styrelsen beslutar att annonsörer får maila påminnelser på KBT-listor för utbildning som de tidigare betalat annons för.

För styrelsen,
Pia Enebrink



Nyhetsbrev från styrelsen 2017-09-30

Livemöte

Ordförandens rapport: Den arbetsgrupp som arbetar med Nationella riktlinjerna har haft kontakt och arbetar för att nå en överenskommelse med övriga föreningar kring utformningen av specificeringen.

Ekonomisk rapport: Vi har fått en ny kontaktperson på Klostermark accounting. BTF är avregistrerad som arbetsgivare sedan 10/8 2017.

Medlemsstatistik: Antalet medlemmar uppgår till 889.

Hemsida & IT: Uppdatering av hemsidan.

Infogrupp och annons: Det finns en ny uppdaterad broschyr om föreningen på kansliet.

KBT-listan: Ska styrelsen arbeta för att göra listan mer attraktiv för skribenter och läsare, och i så fall på vilket sätt?

EABCT: Vårdstad för konferensen 2021 blev Belfast. Ett antal nya medlemsföreningar anslöts: från Cypern, Albanien, Ryssland respektive Egypten.

Studerandenätverket: Ska träffas i Linköping i november.

Årskongressgruppen: Budget har beslutats om för årskongressen i Malmö. Arbetet med att boka föreläsare fortsätter.

Frågor för fortsatt beredning: Studerandenätverkets uppdrag och vad budgeten ska täcka, föreningens attraktionskraft.

För styrelsen,
Pia Enebrink

Nyhetsbrev från styrelsen 2017-10-30

Telefonmöte

Ordförandens rapport: Ordföranden har haft ett möte med SPF och sfKBT angående nationella riktlinjer (ångest och depression).

Ekonomisk rapport: En sammanställning av budgeten för de första kvartalen redovisas. Denna visar något lägre intäkter än budgeterat vg medlemsavgifter och annonser till Beteendeterapeuten.

Medlemsstatistik: Antalet medlemmar uppgår till 889. Vid nästa möte ska styrelsen påbörja underlaget för en medlemsenkät.

Hemsida & IT: Inväntar förslag på utkast för ny hemsida.

Beteendeterapeuten: Fortsatt rekrytering av nya redaktionsmedlemmar.

Studerandenätverket: Frågor som diskuteras är om ordföranden för studerandenätverket ska göra budget för respektive verksamhetsår och en önskan från nätverket om att inkludera fler studenter från psykoterapeutprogrammen.

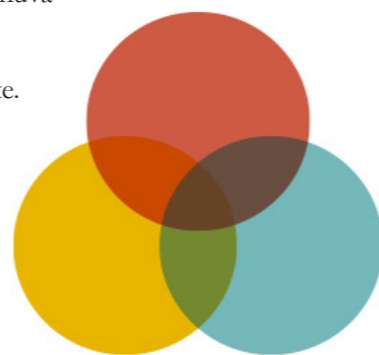
Årskongressgruppen: Ett preliminärt förslag finns för årsmötesprogrammet i Malmö 2018, som ska ha temat trauma & migration. Två pre-workshops är inplanerade: "DBT vid PTSD" respektive "Prolonged Exposure".

Beslutspunkter:

1. Styrelsen fattar beslut om att ändra i studerandenätverkets styrdokument, genom att bifoga "och psykoterapeutprogrammen" till "psykologprogrammen", när det gäller studerandenätverkets syfte/vilja "att sprida och stärka evidensbaserad BT/KBT och en vetenskaplig grundsyn inom psykologprogrammen".
2. Styrelsen fattar beslut om att avslå förfrågan om att bekosta reseersättning utöver nuvarande budget för studerandenätverkets planerade live-möte i Linköping.

Frågor för fortsatt beredning: Frågor till medlemsenkäten förbereds inför nästa möte.

För styrelsen,
Pia Enebrink



God jul önskar Beteendeterapeutens redaktion!

Styrelsen:

Lise Bergman Nordgren,
ordförande
Josef Neib,
medlemssekreterare
Sara Vigerland, kassör
Sara Elfstrand
Ragnar Bern
Erik Hjalmarsson
Pia Enebrink
Fredrik Folke
Li Wolf
Sanja Halenius
Lisa Clefberg
Daniel Björkander

Tomasz Kunatowski

Mediakontakt:

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

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Martin Oscarsson, kanslist
btj.kansli@gmail.com
Kontakt vid ekonomifrågor:
info@klostermark.se
KBT-listan:
btj.listadmin@gmail.com
Anders Görling,

webredaktör

Revisorer:

Rio Cederlund, Johan
Wetterlöv
Revisorssuppleanter:
Håkan Wisung, Olof
Johansson
Valberedning:
Margareta Bylund, Linda
Jüris och Henrik Engelmark
Hemsidor och IT:
Lars Ström
Handledarkommittén:
Marianne Lundahl, Kristofer
Zetterqvist, Sara Isling,

Johan Holmberg

Nätverk:

Studerandenätverket
(kontaktperson: Ragnar
Bern)
Redaktörer Cognitive
Behaviour Therapy:
Per Carlbring, Maria Till-
fors, Gerhard Andersson
Biträdande red CBT:
Michael J. Zvolensky,
R. Nicholas Carleton

Psykologpartners utbildningar våren 2018

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre delar

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

Malmö den 29-30 januari och 5-6 februari

Göteborg den 12-13 samt 19-20 februari

Linköping den 8-9 samt 19-20 mars

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inläring

Stockholm den 18-19 januari

Göteborg den 16-17 april

Malmö den 17-18 maj

Linköping den 24-25 maj

Del 3: Färdighetsträning i ACT

Stockholm den 17-19 april

Motiverande samtal (MI)

Grundkurs

Norrköping den 24-25 januari och 1 mars

Göteborg den 5-6 februari och 19 mars

Fortsättningskurs

Göteborg den 5-6 mars och 9 april

Ångest, oro och självförtroende hos barn - en heldagsföreläsning med Martin Forster

Malmö den 15 mars

Integrative Behavior Couples Therapy (IBCT)

Stockholm den 23-25 maj

Att hjälpa patienter med psykisk ohälsa genom FACT - en samtalsutbildning för läkare

Linköping den 17-18 maj

Specialistutbildning:Handledning utifrån beteendeanalys

Stockholm den 5-7 februari, 6-7 mars 11 april

Specialistutbildning: Positivt beteendestöd

Stockholm den 14-15 mars, 25-26 april och 31 maj

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



psykologpartners