


# Beteende terapeuter



**Rörelse och förändring  
här och nu.** Hur ser vårdrelationen ut?

**Den terapeutiska relationen** – i primärvårdens kontext

**Motståndskraft och hopp** – i en föränderlig värld

**Svåra samtal** – personliga reflektioner, terapeutisk relation och förändring



# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Alejandro Muñoz Retamal,  
redaktör och ansvarig utgivare  
[alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)  
Linda Ekman Kunatowska  
[lkunatowska@gmail.com](mailto:lkunatowska@gmail.com)  
Christer Classon

## Styrelsen

Johanna Morén, ordförande  
Alexandra Arnberg, kassör  
Tommy Magnusson, led. sekreterare  
Martin Oscarsson, led. medlemssekreterare

## Övriga ledamöter

Sven Alfonsson, led.  
Anneli Farnsworth von Cederwald, led.  
Jenny Hulterström, led.  
Linda Lövefors, led.  
Maria Naranjo Vestin, led.  
Niklas Törneke, led.  
Matthis Andreasson, suppl.  
Barbara Weishaupt, suppl.  
Fredrik Sterner, led. stud. rep.

Kontakta styrelsen genom kontaktformulär på hemsidan,  
[www.beteendeterapeutiska.org](http://www.beteendeterapeutiska.org)

Beteendeterapeuten arbetar med att samla och förmedla information inom föreningen och därför är vi tacksamma för alla bidrag vi kan få: bilder, tankar, sammanfattningar, rapporter, åsikter, kommentarer, information om det ni gör och om det som händer på fältet.

## I detta nummer:

Ledare.....	3
Redaktionellt, notiser.....	4
Boktips.....	5
Den terapeutiska relationen i primärvårdens kontext.....	6
Krönika: Utan kläder på Ågesta Naturistbad.....	9
Motståndskraft och hopp i en föränderlig värld.....	10
Svåra samtal.....	13
Den psykoterapeutiska relationen utifrån ett KBT perspektiv.....	15
Novel intervention approaches after recent exposure to trauma.....	18
Jag är en påse känslor - tankar efter en klimataktion.....	20
Saxat från KBT-listan.....	22
Reglering av KBT-listan.....	26

Manusstopp för Beteendeterapeuten: 10/1, 10/4, 10/8, 10/11

Bidrag skickas till: [alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

Textformat: Word/RTF, LibreOffice Writer och PDF

Omslag: Konstutställning på Kungliga Djurgården 2020. Konstnär Alice Aycock. Foto: Alejandro Muñoz Retamal.

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

## Ledare:

# Alternativa beteenden

Den 5 juni denna sommar springer jag inte Stockholm maraton eftersom den är framflyttad till 9 oktober på grund av – ja ni vet vad! Däremot springer jag ”world’s first live virtual run event – Stockholm run fest 2021” där man under tre timmar kan lyssna på spännande talare längs med ett långpass. Det är ju ett alternativ! Sen några år tillbaka har jag landställe i trakterna där jag spenderade min barndoms somrar och min halvmaraträcka springer jag där. Det är ett förträffligt alternativ, men utan dryckesstationer och för lite dricka i bället så tar vätskan slut. I sluttampen av passet och i slutet av en lång backe ligger ett hus jag minns att jag har besökt för många år sen. Undrar om det är samma personer som bor där nu? Jag kliver in på tomten, berättar om min belägenhet och ber om lite vatten. Det är ju ett alternativ! Jag får vatten och det visar sig att den pojke som min äldre bror brukade umgås med nu har blivit både omgift och medelålders samt tagit över stället från sina föräldrar. Det blir en ganska lång pratstund och ett nog så trevligt alternativ till att springa törstig och orkeslös sista biten hem. Dessutom tycker han och frun att jag kan väl komma in på fika någon gång framöver!

Det var mitt sista långpass denna sommar för på en senare runda strax innan midsommar får jag en krampaktig känsla i ena vaden. Den verkar inte vilja släppa, så efter någon dag övergår jag till att börja simma i viken och ta mig an yoga. Den spända känslan på vänster sida finns kvar så fort jag försöker mig på att springa. På Frankrikes nationaldag den 14 juli pallrar jag mig till slut i väg till en naprapat och får löpningsförbud! Istället får jag en rad styrkeövningar och det är inte ett alternativ jag vanligtvis ägnar mig åt i någon större



Foto: Privat

Är det inte fascinerande hur alternativa beteenden kan bli av om moroten är tillräckligt stor och när risken att förlora något man uppskattar uppenbarar sig?

en helt utsträckt och av vatten hållen stärkt kropp. Att göra styrkeövningar ger kroppskontroll. Att ta tillfället i akt att be någon om vatten ger social kontakt.

utsträckning. Naprapaten konstaterar lite skrockande: ”Ni löpare brukar vanligtvis inte träna styrka, utan vill bara springa. Det är först när det inte går som intresset väcks – för att kunna få springa igen!”

Sen besöket hos napraten har jag dagligen gjort mina styrkeövningar i form av tåhävningar och knäutfallsböj. Jag har dessutom i princip dagligen fortsatt med yoga och simning. En vecka senare säger han att jag får börja springa intervaller: två minuters löpning och en minuts gång i totalt en halvtimme max två gånger på en vecka. Jag maxar och det håller. Två veckor senare säger han att jag kan öka till tre pass på en vecka. Lyckan är fullkomlig!

Nu har dessutom en medlem i BTF, som siktar in sig på maran i oktober, hört av sig och undrar om jag är sugen på att springa långpass. Prokrastinera känns inte som ett alternativ när självaste Rozental frågar och jag är inte ens sugen på det! Håll tummarna för att alla mina alternativa beteenden gör att det håller för att börja med långpass snart och att maran kan bli av i oktober! Vi lär vara flera medlemmar som springer – kanske ett alternativ att springa ihop?

Är det inte fascinerande hur alternativa beteenden kan bli av om moroten är tillräckligt stor och när risken att förlora något man uppskattar uppenbarar sig? Jag hoppas att det jag har upptäckt i samband med mina alternativ gör att jag fortsätter med dem. Yoga ger fokus, styrka, smidighet och stolt hållning. Att simma i viken ger en stunds naturupplevelse,

Johanna Morén  
Ordförande, BTF



## Redaktionellt:

### Hej alla medlemmar!

Här kommer Beteendeterapeutens tredje nummer med intressanta artiklar och lite information om höstens aktiviteter – KBT-salonger.

Pandemin fortsätter men vaccinet har börjat göra livet lättare. Ibland kan man drömma om ett normalt liv igen, men frågan är om det sociala livet kommer att bli som det var förut? Hur kommer det nya sociala livet se ut? Vi får se hur det utvecklas.

I dagens läge vet jag inte hur Beteendeterapeutens framtid kommer att se ut. Det finns tankar om att gå över till en digital tidning eller någon form av digitalisering, alternativt att lägga ner den för att hitta modernare kommunikationsmöjligheter. Styrelsen arbetar med frågan.

Jag har arbetat i nästan tre år som tidningens redaktör men jag tänker sluta efter nästa nummer. Om ni har något intressant i era byrålädor stort eller litet skicka gärna det till mig: [alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

BTF:s årsmöte och kongress äger rum den 10-12 mars i Örebro och arbetstiteln är "Bortom DSM". Ett intressant och alltid aktuellt ämne om hur KBT kan förhålla sig till psykiatriska klassifikationer.

**Alejandro Muñoz Retamal**  
Redaktör

### Årsmöte 2022

Den 10-12 mars 2022 har Örebro glädjen att hälsa välkommen till BTF:s årsmöte och kongress! Vår arbetstitel är "bortom DSM"! Mer info kommer senare här, hemsida och sociala kanaler. Preliminärboka i kalendrarna redan nu! Hälsar jag och "årsmötesgruppen"  
/David Åkerlund

### Grattis

Nicola Silberleitner och Anneli Farnsworth von Cederwald

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

### OBS!

Manusstopp för Beteendeterapeuten är  
**10/1, 10/4, 10/8, 10/11**

Maila ditt alster till  
[alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

## Europeisk KBT kongress: 8-11 september, Belfast, Nordirland

### CBT: Back to the Future

The theme of the 2021 EABCT congress programme "CBT: Back to the Future" has been influenced by the fact that the DeLorean, Doc Brown's world famous time-machine, was built in Belfast. While we are not promising time travel our aim is to explore CBT's important role in dealing with past events, current dilemmas and future challenges.

One future challenge will be COVID-19, which has already had a major impact on us all in 2020. We know that this will have repercussions on the psychological and physical health and well-being of many people across the world long after the pandemic has been brought under control. It has also had a major impact on how we deliver our therapy and train our practitioners

As congresses return in 2021 the programme in Belfast will represent the "state of the art" and all that is excellent in contemporary theory, research and practice in CBT across the lifespan, and what we have learned from the past to make us more effective in the future.

### Congress Streams

Adult Mental Health:  
Trauma, Anxiety, Depression, OCD, BDD and Habit Disorders  
Psychosis, Eating Disorders and Addictions  
Children and Adolescents  
Behavioural Medicine  
Marital and Family & Sexual Issues  
Therapeutic Issues  
Basic Processes and Experimental Psychopathology  
Professional Issues, Training and Supervision  
Diversity, Cross-cultural issues and Emerging Societies

### Contemporary Issues

Impact of Pandemics and large scale trauma/conflict  
Wellbeing and Resilience in Frontline Health Workers  
Dealing with Complex Grief  
New Ways of Delivering Therapy and Training

[www.eabct2021.org](http://www.eabct2021.org)

## Böcker: recensioner, presentationer och kommentarer

# Att testa barn och ungdomar

av Ann-Charlotte Smedler och Eva Tideman  
Natur och Kultur, 2021  
ISBN 978-91-27-82384-6

Att testa barn och ungdomar är en grundbok i psykologisk testning och utredning, nu reviderad i en andra utgåva.

Utifrån sina djupa teoretiska kunskaper och mångåriga erfarenhet förklarar författarna när det kan vara aktuellt med psykologisk testning och går igenom relevant psykometri samt hur man väljer test. Ett uppdaterat urval av test presenteras: utvecklings- och begåvningsstest, specifika funktionstest, skattningsskalor och personlighetstest. Läsaren får råd kring den praktiska testsituationen, hur man kan öva och hur man återger utredningsresultat, både i skriftliga utlåtanden och samtal. Ett kapitel ägnas åt testning av barn med annan språklig och kulturell bakgrund. Boken innehåller rikligt med illustrativa exempel.

Genomgående förespråkar författarna en helhetssyn och att testresultat måste vägas samman med all annan information om barnet – och framför allt kopplas till relevanta insatser. Boken riktar sig till studerande på psykologprogrammet och utbildningar inom neuropsykologisk testning, till yrkesverksamma psykologer samt andra som vill lära sig mer om testning och utredning av barn och unga.

### Sagt om boken:

"Här finns en tydlig struktur och en gedigen överblick av testteori, praktik och utlåtande. Testning sätts in i ett större sammanhang av bedömning och behandling. [...] Boken kan varmt rekommenderas för dem med intresse av neuropsykologisk testning, i synnerhet studenter på psykologprogrammet och yrkesverksamma psykologer."  
*Hanna Troëng, BTJ-bäftef nr 13, 2021*

"Sammanfattningsvis är även den andra upplagan en god grundbok för att väcka intresse för det utmanande men roliga detektivarbete utredning av barn och unga kan vara. Den ger en god och bred, nyanserad bas i ämnet men påminner även mig som nu gjort ett antal år med psykologiska utredningar att inte tappa fotfästet från grundbultarna."  
*Anette Michel Sandström, leg. psykolog, Sveriges Neuropsykologers Förening*



Ann-Charlotte Smedler och Eva Tideman  
Foto: Eva Lindblad

# Den terapeutiska relationen

## i primärvårdens kontext

Text: Nicola Silberleitner & Anneli Farnsworth von Cederwald  
Foto: Bas van der Pluym/FreeImages

Från och med den 1 juli i år har en beskrivning av primärvårdens grunduppdrag införts i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt denna nya lag ska regioner och kommuner erbjuda en primärvård med lätt tillgängliga interventioner för vanliga sökorsaker och förebyggande insatser utifrån befolkningens och patientens individuella behov. Det tillhör primärvårdens natur att personalen måste balansera ett populationsbaserat uppdrag för en hel befolkning med det som den enskilda patienten behöver. Balansgången är en av många särdrag på denna vårdnivå som påverkar de kuratorer, psykologer och psykoterapeuter som vi hädanefter också kallar (primärvårds) terapeuter och som har valt att arbeta på en av landets över 1000 vårdcentraler. Det påverkar inte minst den terapeutiska relation som vi ämnar belysa i denna artikel. Vårt mål är att lyfta fram ett antal faktorer som har inverkan på mötet mellan terapeut och patient på vårdcentralen och som skiljer sig från andra behandlingsmiljöer. Vi ger dessutom förslag på principer och färdigheter som vi hoppas kommer kunna stärka relationen mellan behandlare och patient och som har potential att göra skillnad för patientens välmående (t.ex. Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013; Flückiger m.fl., 2020). Med dessa förslag utgår vi ifrån vårdcentralen som platsen där terapeut och patient möts, men vi är övertygade om att de också kan tillämpas i andra behandlingsmiljöer. Vidare kommer vi hoppa över de så ofta nämnda grunderna i patientcentrerad kommunikation såsom leende och tilltal vid namn trots att vi anser dessa som väsentliga. Vårt fokus i denna artikel är ett annat.

### **Rollerna förhandlas om eller befästs, lika så behandlingens mål och medel.**

När en terapeut och en patient möts, utgör deras inre och yttre beteenden byggstenar i interaktionen som formar relationen. Deras förståelse av sina respektive roller lämnar avtryck på vad och hur de kommunicerar. Rollerna förhandlas om eller befästs, lika så behandlingens mål och medel. Till skillnad från mötet på en egen mottagning är det på en vårdcentral, där alla yrkesgrupper arbetar integrerat, inte enbart primärvårdsterapeutens agerande som har betydelse för relationen utan även den övriga personalens bemötande. Patientens förståelse av sin egen och av terapeutens roll formas redan av föregående kontakter med andra yrkesgrupper som kommer att boka hen till vårdcentralens kurator, psykolog eller psykoterapeut. Det är sjuk-

sköterskan som gör sin bedömning i telefon eller chatt och utifrån problembeskrivningen triagerar patienten till personal med rätt kompetens; det är läkaren, fysioterapeuten eller dietisten som vid ett pågående besök konstaterar att patienten skulle vara hjälpt av psykologiska eller beteendemedicinska interventioner och erbjuder en tid till sin kollega. Vad personalen säger om de besvär som patienten beskrivit och som föranleder bokningen till terapeuten, om vad som sägs om terapeutens kompetens och insats och om besökets praktiska omständigheter, såsom tidslängd, kommer att påverka starten på den terapeutiska relationen och eventuellt även slutet. Koherent kommunikation om roller, mål och medel från personal som patienten möter innan hen träffar terapeuten gör vårdförloppet begripligt och inger lugn. Det är enkelt att föreställa sig den betryggande effekten av att få höra av en sjuksköterska, läkare eller

annan behandlare: ”Det låter som att det har hänt väldigt mycket i ditt liv den senaste tiden. Det är inte alls konstigt att det påverkar ditt mående. Vad säger du om att träffa min kollega som är psykolog en stund? Ni kan väl kolla tillsammans om det finns något som du kan göra för att underlätta lite för dig själv. Även små förändringar i hur vi tänker eller agerar kan göra stor skillnad för hur vi har det.” Vid ett samstämt gott bemötande får terapeuten ett förtroendeförskott vilket gynnar den terapeutiska relationen. Motsatsen till ett samstämt bemötande då patienten exempelvis får intrycket av att det är möjligt att bli botad av terapeuten kan leda till att relationen inleds med negativa förtecken. Hos patienten har det kanske byggts upp förväntningar på kontakten med terapeuten som är omöjliga att uppfylla. Relationen är då på förhand dömd till att bli en besvikelse för patienten och en eventuell källa till professionella självtvivel för terapeuten.

Den redan nämnda balansgången mellan att möta den individuella patientens behov och att vara tillgänglig för ett stort antal listade patienter tvingar primärvårdsterapeuter att göra svåra avvägningar. Sammanfattningsvis kretsar dessa avvägningar mellan principen att ge omfattande insatser till några få patienter och principen om att ge avgränsade insatser till många patienter. Principen som terapeuten väljer som ledtråd i sina avvägningar lämnar sitt avtryck på så gott som allt som rör det kliniska arbetet – från hur hen beskriver sin roll, lägger upp sin tidbok, sköter sina bokningar till vilka interventioner hen väljer. Med tanke på att det vanligtvis finns en terapeut på 5000 till 10 000 listade patienter behöver de flesta primärvårdsterapeuter, som tar sig an uppdraget att tillgängliggöra psykologiska och beteendemedicinska interventioner för så många



**Relationen mellan primärvårdsterapeut och patient särskiljer sig genom att relationen börjar formas redan innan de möts.**

som möjligt, utgå ifrån grundprincipen om avgränsade insatser. Detta behöver inte bli på bekostnad av den terapeutiska relationen så länge den enskilda patienten vet att ett återbesök lätt kan bokas när det behövs. Tillgänglighet och särskilt tillgång till samma behandlare som patienten tidigare träffat, det vill säga kontinuitet, bör således inte bara prioriteras av hälsoskäl, utan även av relationella skäl. Till skillnad från den egna mottagningen är antalet besök hos primärvårdsterapeuten ovisst. Det räcker kanske med ett eller två besök vid ett givet tillfälle, men långt senare kan kontakten komma att återupptas när det uppstår ett nytt behov eller en försämring av ett känt besvär. För en terapeut som väljer att arbeta på samma vårdcentral i flera års tid är det en självklar del av den terapeutiska relationen att följa patienter från att de är tonåringar till att de blir småbarnsföräldrar, eller från arbetslivet till pensionen. Största delen av tiden är relationen vilande, men ytterst aktiv när en patient söker i perioder av hälso- och livsproblem. Utöver tilliten i den terapeutiska relationen påverkar tillgänglighet även processen att komma överens om mål och medel. Vid en god tillgänglighet tar relationen sin början direkt när patienten söker vård. I ett sådant läge står motivationsfönstret för förändring vidöppet och den terapeutiska relationen kan bli katalysatorn för den av patienten eftersträfvade förändringens genomförande. Vanligtvis tar det längre tid att komma till denna punkt om patienten har fått vänta länge på sitt besök till terapeuten och motivationsfönstret har hunnits stänga igen.

Förutom de nämnda faktorer som rör samverkan med övrig personal och tillgänglighet har primärvårdsterapeutens inre och yttre beteende stor inverkan på den terapeutiska relationen. Ett exempel på ett inre beteende är hur terapeuten definierar sin roll på vårdcentralen. Definitionen påverkar i förlängningen terapeutens yttre beteende i behandlingsrummet och därmed relationen till patienten. Ser terapeuten sig själv som en resurs som förväntas ”fixa” patientens problem, är hen kanske benägen att ta styrningen under besöket på så sätt att både mål och medel redan är förutbestämda. Likaså kommer terapeutens verbala beteende tendera att vara instruerande när hen förstår sig själv som expert på hur man ska hantera hälso- och livsproblem. Däremot visar terapeuten troligen mer kooperativa beteenden i interaktionen om hen definierar sin roll som medmänniska med uppdraget att stödja patienten i att hitta nya förhållningssätt till inre upplevelser och ta mer medvetna beslut om det egna agerandet utifrån hur patienten vill leva sitt liv. I ett sådant scenario utforskar terapeuten och patienten tillsammans mål och medel. Terapeuten inger hopp och stärker patientens egenmakt.

Sammanfattningsvis särskiljer sig relationen mellan primärvårdsterapeut och patient genom att relationen börjar formas redan innan de möts och att den kan bestå under många år, om än vilandes. Detta leder oss in på frågan om principer och färdigheter för att dra fördel av relationens särdrag.

Vi vill närma oss principerna för den

terapeutiska relationen mellan primärvårdsterapeut och patient genom att bjuda in dig till att tänka tillbaka på tillfällena då du har känt dig stärkt av en relation med en person. Sannolikt har denna person bemött dig med acceptans och intresse för dina upplevelser. Du fick hens fulla uppmärksamhet och kände att mötet var betydelsefullt för er båda. Kanske la du märke till att personen var engagerad och att ni talade på ett sätt som gjorde det mer uppenbart för dig vad som var viktigt för dig. Möjligtvis var du överraskad över hur mycket mer hoppfullt och görbart allting kändes efter ert samtal. Oavsett om du delar vår beskrivning av vad som utmärker värdefulla interaktioner i en relation eller om det finns andra ord som bättre fångar dina erfarenheter, är vi säkra på att de vägledande principerna låter sig översättas till terapeutbeteenden som i sin tur formar den terapeutiska relationen. Att möta patienten med acceptans kan operationaliseras till att registrera vilka inre upplevelser patienten kommunicera, låta hen veta att dessa upplevelser uppmärksammas som något som är viktigt och att de är begripliga utifrån tidigare eller aktuella omständigheter. Att ställa frågor och följdfrågor om patientens upplevelser, mål och värden förmedlar öppenhet, nyfikenhet och engagemang. Andra principer som vi vill nämna är lyhördhet och pragmatism. Den först nämnda kan betyda att genom sitt verbala beteende stärka patientens egenmakt när det går, men att ta hen vid handen när det behövs. Den sist nämnda principen kan översättas till att ha som mål att låta sig styras av vad man tror kommer fungera för patienten, snarare än att göra



något som ger en själv kortsiktig lindring av obehag. Det kan vara frestande att skriva en remiss, men för patienten kan det vara av större betydelse att få avgränsade interventioner av en och samma behandlare och att kunna lita på tillgängligheten till denna person på vårdcentralen.

**På samma sätt som** terapeutens motagningsrum på vårdcentralen är omgiven av andra behandlingsrum är hans beteende del av ett skeende som omfattar den övriga personalens agerande. Färdigheter som kan berika relationen mellan primärvårdsterapeut och patient inkluderar således ett kompetenslyft hos den övriga personalen vars samstämda bemötande vid föregående kontakter kan ge relationen en bra start. En grundläggande förutsättning för att kunna ge patienten adekvat information om terapeuten och hans insatser är att personalen har lärt känna terapeutens arbete. Att diskutera med varandra på vårdcentralen och dela exempel på hur man kan uttrycka sig vid triagering fördjupar kunskaperna och ger ytterligare färdigheter.

**När patienten väl kommer** till terapeuten börjar behandlingsarbetet som i grunden bygger på en samling kunskaper och färdigheter som tjänar ett särskilt syfte. Primärvårdsterapeuten behöver färdigheter som från första stunden av besöket främjar känslomässiga band och en överenskommelse om mål och medel med patienten. Att uppmärksamt följa interaktionssekvenserna och observera ens beteendens kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser är avgörande för att lära sig mer om ens agerande och att skilja mellan funktionellt och icke-funktionellt beteende. En möjlig fråga att ställa sig är: Vilka av mina beteenden stärker den terapeutiska relationen och hjälper patienten att göra framsteg och vilka beteenden har motsatt effekt? Beteenden som enligt en viss terapimodell är korrekta, men som ändå inte ger önskat resultat bottnar vanligtvis i regelstyrning. Det är viktigt att få grepp om regelstyrda och ofta automatiserade beteenden för att agera på ett så flexibelt sätt som vi vill hjälpa våra patienter att agera på. Ett beteende som är värt att undersöka gällande dess funktionalitet är att kommunicera i diagnostiska termer om och med patienten. Precis som vi människor i allmänhet tenderar att beskriva oss själva genom ett begränsat antal egenskaper som inte fångar oss i vår helhet,

## Att diskutera med varandra på vårdcentralen och dela exempel på hur man kan uttrycka sig vid triagering fördjupar kunskaperna och ger ytterligare färdigheter.

definierar vi ofta andra med hjälp av begrepp som enbart avbildar en liten del av deras person. Som behandlare inom sjukvården är terapeuter en del av ett system där diagnoser tar betydande plats. Den diagnostiska begreppsapparaten värde är enkelt att begripa med tanke på hur den underlättar interaktionen. Samtidigt kan en diagnostisk etikett som i den sammanhållna journalföringen tillhör information som terapeuten kan få innan hen ens har träffat patienten stå i vägen för genuint nyfikenhet beteende som gynnar den terapeutiska relationen. De flesta patienter önskar få en personcentrerad vård där terapeuter ser människor, med deras styrkor och svagheter, i deras sammanhang och tillsammans med dem bilda ett team för att aktivera befintliga eller nytillkomna resurser. Som team behöver terapeuten och patienten tydliggöra syftet med deras samarbete så att de tillsammans kan verka för att syftet uppfylls. På vårdcentralen, där relationen mellan terapeut och patient i perioder kan vara vilande innan den aktiveras igen är det viktigt att påbörja varje nytt samarbete med ett tydliggörande av syftet. Andra beteenden som sannolikt visar sig effektiva när terapeuten observerar konsekvenserna av sitt agerande för relationsbyggandet är

att lyssna noggrant, använda ord och insikter som patienten själv kommer med och formulera sig koncist. Det är svårt att hitta en mer träffande sammanfattning än den av en primärvårdsterapeut som en av oss har intervjuat för sitt examensarbete: ”Att lyssna och försöka förstå vad patienten egentligen försöker förmedla; och inte så mycket handlar om min bedömning egentligen, utan vad önskar patienten och hur kan jag hjälpa patienten för att han eller hon ska känna att de fick den hjälpen de behövde.”

**Även om den terapeutiska** relationen inte är en lagstadgad del av primärvårdens grunduppdrag så är den central för att primärvårdsterapeuter ska kunna uppfylla sitt uppdrag. Vi hoppas att vi genom denna artikel har väckt ditt intresse att pröva hur du tillsammans med dina kollegor kan lägga grunden för en bra start i relation till dina patienter. När vi med kollegors hjälp får en bra start är det ändå inte alltid lätt att göra ”rätt”, men vi kan variera vårt beteende och lära oss av dess konsekvenser. Denna fördjupning i behandlarrollen kommer förhoppningsvis patienter till nytta i alla skeden av den terapeutiska relationen.

Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60*(3), 317–328. doi:10.1037/a0032258

Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errázuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J. C., Strunk, D. R., . . . Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(9), 829–843. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>

Silberleitner, N. (2021). Psychologists' competencies and supports needed for an integrated provider role and effective practice in primary care: A grounded theory approach. [Examensarbete, Uppsala Universitet].

## Krönika:

# Utan kläder på Ågesta Naturistbad

**En kort berättelse om hur man har exponerat sig till ett av sina egna hinder i det dagliga livet.**

**D**etta är min upplevelse av att bada på naturist(naken) bad. Eftersom jag fick frågan av flera personer så väljer jag att dela med mig av min upplevelse. Jag fick frågan av en kompis om jag vill följa med henne och en annan kompis och åka till Ågesta Naturistbad. Badet är det enda officiella naturistbadet i Stockholm och drivs av Stockholms stads idrottsförvaltning och Eos.

Ingen av oss hade tidigare provat på och var lite nyfikna på hur det skulle kännas att vara naken bland en massa andra okända människor. Vilken typ av klientel skulle förekomma? Jag bestämde mig för att nyfikenheten fick gå före den osäkerhet jag kände och vi var alla tre tjejer rörande överens om att om det inte kändes bra så skulle vi åka till en annan badplats.

Min första erfarenhet när vi kom cyklandes in mot badplatsen och såg en naken man komma gående var att börja fnittra och bli generad. Vi tittade lite osäkert på varandra och undrade vad vi hade gett oss in på. Det första som slog mig när vi kom in på badplatsen var hur mycket folk det faktiskt var. Platsen ligger otroligt fint och naturskönt vid sjön Magelungen och är väldigt välkött med en stor gräsmatta, badbrygga, bastu, grillplats och så vidare. Det enda som skiljer sig från en ”vanlig” badplats är att ingen har kläder.

Vi gick in och var lite osäkra. Skulle vi liksom bara ta av oss allt och var skulle vi ligga?! Det här var den enda gången som jag upplevde att vi faktiskt blev störrade på. Det är en oskriven regel att ingen ska ha kläder på sig just för att det ska vara lika för alla och att det inte ska gå att komma dit och titta på nakna



Foto: Privat

**Jag bestämde mig för att nyfikenheten fick gå före den osäkerhet jag kände.**

I en tid där vi matas om vad det perfekta idealet är så önskar jag att varenda människa skulle ta en tur hit för att se att vi alla duger precis som vi är! Visst kan en sådan här badplats säkert dra till sig en och en annan ”snuskpelle” men vår gemensamma upplevelse var att vi kände oss trygga nog att åka hit var och en för sig trots att vi är kvinnor. Det är otroligt härligt att få kasta sig i vattnet utan kläder och simma och sedan ligga naken i solen och torka. Jag tror faktiskt att de flesta kommer för den frihetskänsla det skapar. När vi lämnar badet är vi alla tre överens om att vi vill komma tillbaka. Jag kommer dock att fortsätta att bada med kläder på ibland.

**Anna-Karin Eriksson**



# Motståndskraft och hopp i en föränderlig värld

Text: Liria Ortiz

Foto: Pablo Heimplatz/Unsplash

Alla människor vaknar inte med ett leende på läpparna. Överallt i tillvaron lurar sorgen i form av individuella motgångar och oro över samhällsproblem. Vår motståndskraft och vårt hopp håller sig krampaktigt kvar inom oss. Inte minst idag, när fortfarande krig och pandemier breder ut sig, är det lätt att känna hopplöshet, maktlöshet och uppgivenhet.

Sådana känslor är knappast hjälpsamma när det gäller vårt välmående men de kan bli det, om vi betraktar skeendet ur andra perspektiv, om vi kan förändra vårt sätt att upprätthålla vårt hopp, det som brukar beskrivas som aktivt hopp, och inte passivt. Då bli vi förmögna på flera sätt, bland annat genom att vi blir bättre rustade att stärka vår motståndskraft och både oss själva och andra till en dragligare tillvaro.

## Del 1. Framkalla hopp och motståndskraft Definition av hopp

Psykiatern Rojas Marcos (2020) definierar hoppet som att tron på att det vi vill ska hända, vilket får oss att känna oss levande och självsäkra.

### Definition av motståndskraft

Motståndskraften är förmågan att anpassa sig till motgångar, att veta att det inte alltid blir som man vill. Samtidigt innebär det att kunna agera och ibland omorientera sig, när situationen kräver det. Motståndskraften innefattas i den här artikeln i den kommande beskrivningen av aktivt hopp.

### Passivt och aktivt hopp

Passivt hopp: En ändring önskas men egna resurser aktiveras inte. Man väntar passivt på att saker och ting ska förändras.

Aktivt hopp. I svåra tider är det mest användbara hoppet att i riskfyllda situationer förmå oss att hoppas på det

bästa och förbereda oss för det värsta. Rojas Marcos (2020) beskriver tre nyckelelement för att främja aktivt hopp.

### Strategier för att främja aktivt hopp i sig själv eller andra

#### 1. Personlig kontroll eller känsla av att kunna påverka situationen.

Våra förväntningar på framtiden har en enorm inverkan på vår nuvarande stämning. Rekommendationen är: inför osäkerheten, satsa på hopp!

Hur? Full kontroll har vi egentligen aldrig, så förslaget är att, när det går, använda ordet *påverkan* istället. Man kan främja personlig kontroll eller påverkan inom de områden i livet som man kan påverka. Det hjälper en att neutralisera känslan av hopp- och hjälplöshet och upplevelsen av total brist på kontroll. Man formulerar: ”Jag kan göra något för att påverka problemet eller mitt förhållningssätt inför det som händer” som alternativ till: ”Inget av det jag gör spelar någon roll”.

Förslag på en övning. Instruktioner.

Skriv en lista med två kolumner: A) *Vad kan jag inte kontrollera eller påverka när det gäller..?* Exempel: ”Jag kan inte påverka den globala utvecklingen av pandemin eller de olika virusmutationerna”. B) *Vad kan jag kontrollera eller påverka när det gäller..?* ”Jag kan vidta skyddsåtgärder för att undvika smitta så mycket jag kan (konkretisera vad du kan göra) och söka tillförlitlig information för att inte ge vika för den diffusa rädsla som skapar eller förstärker min egen osäkerhet.”

#### 2. Förklaring till dig själv

Hjärnan måste hitta en förklaring för att hålla sig lugn. ”Varför har jag drabbats?”; ”Varför fick jag sparken?” Vi måste förklara och tolka de viktiga saker som händer oss. Men kom ihåg att hur vi beskriver det som händer inför oss själva och andra kan bidra till en känsla av hopp – eller hopplöshet.

Förklaringsprocessen är nödvändig för att vi ska kunna hantera normala känslor av misslyckande, kunna omorientera oss och känna hopp igen. De som tror att effekterna av pandemin kommer att vara permanenta och negativa inom alla områden av sina liv kommer att ha svårare att hitta lösningar och börja om.

Förslag på en strategi är att ändra sitt förhållningssätt till det som händer genom att komma i kontakt med de tankar, känslor eller beteenden som väcks när man inser att svårigheter och misslyckanden är en del av livet. Det innebär bland annat att våga använda ordet misslyckande eller dylikt, att förlika sig med det faktum att livet ibland är för jävligt, helt enkelt, utan att det i stunden verkar finnas något positivt med det som händer. ”Det gick inte bra; jag tänkte fel och misslyckades. Samtidigt var jag modig när jag tog chansen. Jag ska påminna mig om att man aldrig ångrar att man var modig.”

#### 3. Minne

Man behöver inse vikten av att skapa en berättelse som fokuserar på lärdomar och styrkor av det vi minns. Den beskrivning vi gör av vår historia kommer att påverka vårt sätt att se på livet och känna vad vi kan hantera eller



inte inför de svårigheter som vi upplever. En kvalitet hos minnet är dess kraft att forma och återskapa de händelser som lagras från det förflutna och göra dem förenliga med vårt perspektiv på nutiden, beroende på vad vi fokuserar i den aktuella berättelsen.

Observera! Det handlar inte om att förneka, rättfärdiga, ta bort eller glömma det smärtsamma. Det handlar om att förklara det ur ett mindre personligt perspektiv ”Det bara hände mig!” Det handlar om att acceptera misslyckanden, att vissa människor inte respekterar oss eller att livet inte är rättvist. De allra flesta personer på vår planet lever i en orättvis värld. Därför kommer vi själva att råka ut för orättvisor någon gång i våra liv. Att påminna sig om att det inte handlar om att livet är orättvist bara mot oss, kan vara hjälpsamt.

#### 4. Känsla av tillhörighet

Det är viktigt att veta att du inte är ensam i det som händer. Det är inte samma upplevelse om bara en person har blivit avskedad som om det är många andra som också har drabbats. Ett annat sätt att uppleva en känsla av tillhörighet är att exempelvis delta i en självhjälpsgrupp eller i föreningar av människor som delar likvärdiga bekymmer och som ger psykologiskt

stöd. Längtan efter att relatera till andra är stark hos de flesta människor. Att kunna dela sina erfarenheter med en grupp, partner, en kompis eller vän ger en känsla av tillhörighet, av att känna sig mindre ensam och isolerad. ”Delad glädje är dubbel glädje; delad sorg är halv sorg.”

Man kan även göra något för andra. Att göra något för andra ökar inte alltid hoppet men det brukar ge en större mening med ens lidande.

## Del 2. Håll hoppet uppe i svåra tider. Hur?

### Grundläggande principer och förhållningssätt

De allra flesta av oss (Allan Wade, 2014, 2018) brukar fråga om hur svåra situationer kändes. Det finns en övertygelse om att personen ”måste” prata om sina känslor. Vi glömmer att inte alla kommunicerar genom att prata om känslor eller att man kanske kallar känslorna för något annat. ”Tryck i bröstet” kan innebära ångest för oss, men en annan person kanske säger att det inte är ångest utan att det är just tryck i bröstet. Inför sådana påståenden kan det hända att vi börjar en ”övertolkningskampanj” för att personen ska ”erkänna” att det handlar om ångest och inte om något annat. Vi glömmer att våra

känslor, tankar och beteenden hänger samman, att det egentligen inte alltid är så jätteviktigt att personen kallar saker och ting för ett annat namn. Undantaget är om det handlar om ett brott eller liknande. Förslaget är att inte bara fråga hur personen *kände* eller känner för tidigare eller nuvarande svårigheter, utan fråga också om vad personen *gjorde* i den situationen.

Varför rekommenderas att fråga vad hen gjorde i stället för vad hen kände? För att syftet är att självklart prata om det som är problematiskt för personen **men** att **samtidigt** framkalla och förstärka styrkor.

Utifrån en beskrivning av vad personen kände är det svårare att komma i kontakt eller framkalla styrkor. Det är lättare att betona styrkor när personen berättar vad de gjorde (responsen) i stunden eller strax efter för att hantera situationen. De allra flesta har gjort något för att uthärda situationen. Och det är tankarna på detta som vi vill framkalla.

Därför är rekommendationen: FRÅGA också om och FÖRSTÄRK styrkor. Vad gjorde personen, hur reagerade hen för att upprätthålla sitt självförtroende, sin självkänsla eller bevara sin värdighet i



en svår situation? Det är viktigt att man använder personens ord beträffande självkänsla, självförtroende, stolthet, överlevnadsstrategier... Och kom ihåg att inte alla känner sig bekväma i att prata om sina styrkor. Många säger att det känns som om man skryter.

### Några verktyg för att skapa en berättelse som innehåller beskrivningen av problemet och samtidigt styrkor i två faser

Fas 1. Beskrivning av problemet. Fråga: "Vad hände?"; "Vilken blev respon-sen?" Inte alltid: "Hur kändes det?". Om du arbetar med psykoterapi kan det självklart vara lämpligt att fråga hur det kändes men vid korta inter-ventioner eller när personen har svårigheter att prata om känslor och tankar, så fråga gärna om beteendet. I det vi gör finns alltid inblandade känslor och tankar. Använd ett nyfiskt förhållnings-sätt och aktivt lyssnande, det vill säga bekräftelser, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar.

Fas 2. "Hur hanterade du det?"; "Vad gjorde du i stunden?"; "Hur reagerade du då?"; "Vad gjorde du strax efter?" Leta efter svar som visar motståndskraft, styrkor, överlevnadsstrategier eller vad personen kallar det. Vilket är syftet? – Att nyansera, omorientera, förändra berättelsen så att känslorna av hopp- och hjälplöshet vänds till känslor som visar att personen varit en aktiv människa som gjorde eller gör vad hen kan i en svår situation. Det är naturligt att pendla från hopplöshet till hopp i svåra situationer och försök därför visa att BÅDA känslorna kan finnas inom en med varierande styrkor i olika stunder.

Hur kan man göra det? – Genom ett aktivt lyssnande för att ge plats åt en ny berättelse som innehåller skildringen av hur personen använde sina styrkor för att hantera situationen.

Ett exempel. En person berättar: "Jag har upplevt många misslyckanden trots att jag har kämpat. Så jag tror inte att jag kommer att lyckas nu heller." Fas 1: "Vad hände när du försökte?" Fas 2: "Hur kämpade du? Vad gjorde du/hur hanterade du den situationen, överlevde/bevarade din värdighet, stolthet...?"

Det är viktigt att notera att personen inte alltid är medveten om eller upp-märksam på sina styrkor eller den egna motståndskraften. Ibland måste vi hjälpa personen med frågor eller berätta vilka styrkor vi ser i den situationen.

### Frågor som kan FRAMKALLA en berättelse om styrkor

Anpassa och konkretisera frågorna så att de är relevanta för den person du arbetar med.

- Vad brukar du göra när du känner dig rädd och osäker för att känna dig lite tryggare?
- Vad kan du göra nu för att känna dig trygg?
- Hur tröstar du dig när du är ledsen?
- Vad brukar hjälpa dig när du mår dåligt?
- När du var nära att förlora hoppet, vad gjorde du för att gå vidare?
- Andra frågor?

### Information i dialog när man inte kan framkalla en berättelse om styrkor

Kom ihåg! Vi ställer frågor för att framkalla att personen själv berättar om sina

styrkor. Men när det inte går, eftersom personen till exempel svarar "Jag vet inte", kan du erbjuda en ny version av berättelsen med verktyget information i dialog.

Det är ett verktyg för att introducera ett nytt sätt att se på vad som hände, bekräfta eller förstärka styrkor som i sin tur stärker hoppet. Hur?

- a. Be om lov att fråga och/eller berätta.
- b. Fråga om vad personen redan vet: "Vad vet du om vad som kan ge hopp, hitta nya mål, omorientera sig.?"
- c. Erbjud en ny berättelse: "Får jag återge hur jag ser på det du har berättat?"
- d. Hjälpa personen att integrera och koppla den berättelse som du har erbjudit till sig själv: "Vad betyder/ innebär det här jag nu har berättat för dig för dig personligen?"
- e. "Hur skulle du vilja göra från och med nu?"; "Vad är första eller nästa steg?"

Eftersom tankar, känslor och beteenden är så intimt sammankopplade hos oss, kan det vara klokt att försöka påverka det vi kan påverka och acceptera det vi inte kan ändra. För att vi i slutändan på så sätt mår så mycket bättre.

Med dessa egentligen enkla och vardagliga förslag och sätt att se på saken hoppas jag att du, oavsett om du är professionell eller en "vanlig" med-människa, kan acceptera att motgångar och besvikelser är en del av våra liv. Då kommer du att öka din motståndskraft inför livets utmaningar och din för-måga att upprätthålla ditt hopp.

# Svåra samtal

## – personliga reflektioner kring den terapeutiska relationen och förändring utifrån ett KBT-perspektiv

Text: Johanna Morén

Illustration: J. Viklund

Jag drar mig till minnes klientarbetet på psykologutbildningen och hur jag kämpade med min prestationsångest. Som KBT-are ska man fixa allt! Mina utbildningsklienter var inte helt lätta att foga in i en manualbaserad behandling och förändringen var inte alltid så tydlig. Min handledare Thomas Alm var snäll och tyckte det mesta jag gjorde var bra. När jag bad honom att specificera lite närmare säger han: "Du har haft komplicerade klienter, men det har du hanterat och de har fått förtroende för dig." Det var alltså något som räknades – inte bara att det blev kraftfulla och tydliga resultat!

Samtidigt är jag väldigt nöjd med att jag valde att ta en klient utöver de tre som krävdes. Min fjärde klient var en ensessionsbehandling för ormfobi. Att få göra en strukturerad, intensiv och exponeringsbaserad behandling var att få vara med om något magiskt! Kraften i att se hur viktigt det är att stanna kvar och närma sig det omöjliga steg för steg med närvaro och fokus. Efter tre timmar är det omöjliga möjligt och den erfarenheten kan vara livsavgörande om den generaliseras. Den var avgörande för mig och hur jag framöver har kunnat lita på processen även när det känns skakigt. Det här är hjälpsamt och inte något som är skadligt. Jag kan vara trygg i att närma mig det svåra, göra utrymme för starka känslor, tårar och snor så länge klien-

ten har gett mig mandatet och det finns kontakt. Jag ska vara besvärlig OCH respektfull.

Så hur kommer det sig att jag har fortsatt att främst inrikta mig på de "svåra" klienterna? Först var det psykos, sen var det emotionell instabilitet, självskada, suicidalitet och trauma. Jag tror att det till viss del har att göra med min prestationsångest. Låga förväntningar och tilltro samt svag evidens minskar min prestationsångest och jag kan få vara kreativ. Sen har jag varit noga med att i första hand välja insatser det finns evidens för. För även svåra tillstånd

### Vad har jag för nytta av alla mina verktyg om inte jag har klienten med mig?

kan det finnas bra behandlingar för – såsom PTSD och OCD. Men jag kan ändå tillåta mig att låta alliansarbetet ta plats för vad har jag för nytta av alla mina verktyg om inte jag har klienten med mig? Psykiatriska patienter har ofta väldigt låg tilltro både till vården och till sig själva. Inte konstigt att jag har trivts så bra där!

Charlie Swenson, en inspirationskälla från dialektisk beteendeterapi (DBT), beskrev en gång i samband med en workshop "DBT-dansens tre steg" och det här är min tolkning. Det första steget är alltid att ta sig från A till B utan omvägar när det är möjligt – typ sedvanlig KBT. Det andra steget när detta inte går är att gilla läget, stanna upp, vara medvetet närvarande och göra sin

analys för hur man kan gå vidare. Kommer man inte vidare efter att ha stannat där en stund, utan det låser sig, är det tredje steget att göra vad som helst som får till en rörelse. Detta är för mig en väldigt bra bild att använda mig av i svåra samtal.

För svåra samtal kan ha olika mål. Ibland kan målet vara att överhuvudtaget få till en kontakt. Att få kontakt är en etablerande omständighet för att kunna få till en förändring eller för att kunna sitta med det som behöver få finnas. När personen du träffar misstror vården och kanske särskilt terapeuter behöver du hitta något att samlas kring. Något som är oväntat, väcker intresse och kanske hopp. Vad det kan vara är svårt att säga på förhand, men om du är där så kommer det att uppenbara sig. Det kan vara att notera ett smycke personen har på sig, att sätta ord på att det är en obekvämt situation och fullt naturligt att vara lite på sin vakt. Eller bara visa att jag tänker vara kvar och jag vill vara det – att jag är nyfiken på dig. Att använda humor kan vara så avväpnande och skapa en mer avslappnad stämning om tillfället infinner sig. Jag kan bli alldeles varm i hjärtat av minnen där jag med patienter har kunnat skratta riktigt gott i ett kritiskt läge. Eller att vara personlig och bjuda på något som de inte hade väntat sig och i sammanhanget lyfter ett relevant tema. Om en person är manisk, psykotisk, påverkad, allmänt förvirrad, uppgiven eller hallucinerar kan du bara släppa att åstadkomma så mycket. Bara var där och lyssna för ibland kommer det små

### Litteratur

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *Motiverande intervju: Hjälpa människor att förändras, 3:e upplagan*. Spanien: Redaktionella Paidos.
- Ortiz, L. (2014). *När förändring är svårt. Att hantera motstånd med motiverande samtal*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ortiz, L. (2017). *Motiverande samtal och Grit med ensamkommande. Att förstärka hopp och uthållighet i asylprocessen och vid avslag*. Stockholm: LLOA Förlag.
- Rojas Marcos, L. (2020). *Optimism och hälsa: Vad vetenskapen vet om fördelarna med positivt tänkande*. Spanien: Grijalbo.
- Unizon (2018). *RBP en metod för att synliggöra motstånd mot våld*. Stockholm: Unizon. www.unizon.se
- Wade, A. (1997). *Small Acts of Living: Everyday Resistance to Violence and Other Forms of Oppression*. *Journal of Contemporary Family Therapy* 19, 23-39.
- Wade, A. (2000). *Resistance to Interpersonal Violence: Implications for the Practice of Therapy*. Opublicerad doktorsavhandling. Kanada: Department of Psychology, University of Victoria, Victoria, BC.
- Wade, A. (2007). *Hope, Despair, Resistance: Response-Based Therapy with Victims of Violence*. C. Flaskas, I. McCarthy och J. Sheehan (red.). *Hope and Despair in Narrative and Family Therapy: Adversity, Forgiveness and Reconciliation*. Hove: Brunner-Routledge.
- Wade, A. (2014). *Att tala om motstånd – Från hjälplöst offer till aktivt subjekt*. Tre artiklar om responsbaserat arbete. Sverige: Göteborgs Stad, Länsstyrelsen Västra Götalands Län och Unizon.





guldkorn ur obegripligt svammel som man kan haka på och så är kontakten där. Man kan promenera, beskriva omgivningarna, titta på bilder eller lyssna på musik. Fysisk kontakt kan vara ett sätt att lugna om personen ger sin tillåtelse. Att stryka över axlar, hålla en hand, stryka en hand över panna och kind eller svepa en filt över personen kan reglera ner stressen. Om någon dissocierar för att de blir överväldigade kan ett sätt att få tillbaka en person vara att använda olika sinnesmodaliteter i form av syn (titta på mig, ser du den här bilden?), känsel (kan du lägga handen på bordet – känner du dess kalla yta?, känner du när jag rör vid din hand?), doft (kanel, kaffe, apelsin), ljud (säga personens namn, knäppa med fingrar) och smak (gärna starka smaker såsom ingefärskola, halstabletter). Att ha en arsenal förberedd kan ge trygghet i att våga sig på exponering. Att instruera i progressiv avslappning har många gånger reglerat ner ångest på ett makalöst sätt. Från att personen ligger och hyperventilerar i fosterställning till att vara fullt kommunicerbar. Eller att guida i att sakta ner andningen genom att model-

lera magandning och att andas tillsammans. Detta blir ett tillfälle att träna en färdighet och dessutom får personen tillgång till sin kognitiva kapacitet när stressen har minskat. Detta till skillnad mot de snabbverkande ångstdämpande som många i vården med de bästa intentioner är frikostiga med. Med detta sagt är det inte helt lönlöst att göra kontaktskapande saker med en person oavsett vad de är påverkade av. De kanske inte minns ett ord av vad du har sagt, men de minns känslan av att du var där.

En del svåra samtal har inte som mål att överhuvudtaget förändra någonting, utan att bara göra utrymme för det som är och att finnas där. Kanske ett steg till att kunna ta förändringen i ett senare läge eller gott nog i sig självt. Kan man kalla det KBT? Jag tycker det att det är en färdighet i sig att kunna stanna upp

och i KBT lär vi ut färdigheter. En bok som jag fann mycket tröst och guidning i för svåra samtal med personer som har förlorat en anhörig eller befinner sig i kris är ”Modet att ingenting göra: när orden inte räcker till” av Lars Björklund som är präst. I texten om denna pärla som kan köpas för 59 kr står det: ”Människor i utsatta och svåra situationer frågar oftast inte efter svar. De frågar efter närvaro, och det är bekräftelsen man minns. Det handlar faktiskt om att ingenting göra.” En annan bok är ”Mindfulness for two” av Kelly Wilsson. Han beskriver hur man mer kan fokusera på hur saker sägs snarare än innehållet och lägga märke till när impulsen finns att vilja fly undan – både hos en själv och hos den man träffar – och arbeta med att stanna kvar. Det finns en övning i den boken som jag rekommenderar alla som vill hantera sin hjälpnödighet som kan bli ett hinder i kontakter – ”the descending client”. I den övningen får man öva på att vara närvarande även när det är uppenbart att det inte går att göra något och att man kommer att förlora sin klient. Det finns något värdigt och respektfullt i det.

Med det sagt är förändring vad vi helst vill få till för att skapa ett bättre läge i livet – om det så bara finns ett uns av hopp. Pelle Sandstrak beskriver i sin bok ”Mr Tourette och jag” att när han ifrågasatte varför läkaren satte 97 procents funktionsnedsättning i intyget istället för 100 så svarade läkaren: ”Tre är för hopp!” Efter sex år i KBT blev han så normal som han ville vara. Vill ni få inspiration till kreativ behandling av riktigt svårt tvång så läs den boken! Första hälften av boken är en riktigt hjärtskärande skildring av en tvångsproblematis som tar sitt fäste i unga år och alltmer nästlar sig in tills att han är så läst i sin mardrömslika

tvångsbubbla att den riskerar att ta käl på honom. Men sen får man lyckligtvis ta del av det lekfulla sätt och de klockrena exempel på övningar som tog honom tillbaka. Terapeuten som mitt i stekheta sommaren går med röd toppluva framför honom på väg till affären där han får inhandla kaffe av märket Zoega. Gradvis ökas andelen Zoega i muggarna av kaffe de dricker under sessionen. Men

varför i hela världen hålla på på det viset undrar ni kanske då? Jo för att både färgen rött och bokstaven Z var förknippade med död.

Den mest oöverträffade ingångsvägen till förändring är enligt min mening den funktionella analysen. Att ha koll på etablerande omständigheter, utlösande situationer, problembeteenden och deras funktion. Det är så bekräftande för en person att se mönstret och få ett erkännande för vad det är de försöker att hantera. Någon som tidigare hade gått i psykodynamisk terapi för sin psykosjukdom uttryckte att i denna så letade man efter vad som var fel, medan att i vår kontakt så blev saker begripliga – även om det rörde sig om vanföreställningar. Personen kan förstås bara ha haft otur och gått i en dålig terapi, men min upplevelse är att det är något väldigt välgörande utifrån deras funktion och därmed kunna prata om det på ett mindre laddat och värderande sätt. Detta har varit oerhört hjälpsamt i mötet med självskadande och suicidala patienter. Det kanske inte har gått någon förbi att jag fick äran att fackgranska den svenska översättningen av ”Suicidala patienter: en klinisk handbok för bedömning och behandling” av Chiles, Strosahl och Weiss Roberts. Där lyfter man det suicidala beteendets funktion som ett försök till problemlösning när man står vid vägs ände. Med den ingången kan man bekräfta den svåra smärtan och få till ett samtal om vilka alternativa lösningar som kan stå till buds. Ofta finns en låg tolerans för känslomässig smärta. Kanske har man fått mer än sin beskärda del eller så har man aldrig har fått utveckla färdigheter att hantera dessa känslor. För att hantera känslor finner jag mycket inspiration i DBT, ACT, medveten närvaro och självmedkänsla. En vidareutveckling av DBT, så kallad RO-DBT (Radically Open Dialectical Behaviour Therapy) lyfter hur man kan fastna i mönster av överkontroll och lär ut färdigheter att bli mer öppen för känslor. En spännande teori som också finns med i denna vidareutveckling är ”polyvagal theory” där man betonar förmågan att känna trygghet och lugna sin kropp för att vara mer tillgänglig för ny kunskap. Så återigen ett fokus på färdigheter, att kunna observera och beskriva sina upplevelser för att inte bli överväldigad av dem. Jag upplever att en väg till att beskriva för många är musik, poesi, filmer och bilder. Jag har själv funnit en skatt av igenkänning i musik. Vad sägs om de här raderna från låten ”Dark-

ness” av Peter Gabriel: ”When I allow it to be, there is no control over me. I have my fears. But they do not have me.” Hela den låten visualiserar på ett mäktigt sätt hur en exponeringsbehandling kan förändra relationen till tankar, känslor och minnen.

Glöm för all del inte att människor är biologiska varelser som påverkas av sin inre och yttre kontext, något som Feldmann Barrett trycker på. Vår hjärnas uppgift är att ha balans i kroppen och den tolkar allt som inte känns bra och försöker förstå sig på vad det kan bero på. Människor som har det svårt är fenomenalt dåliga på att ta hand om sin fysiologi. Så innan du gör något annat ha koll på mat, dryck, sömn, balans mellan aktivitet och vila. Jag lärde en gång personal på ett boende att man kunde förhindra återkommande inläggningar genom att adressera basala behov, men också att skifta sammanhang och fokus. Det behövde tydligen modelleras så jag åkte dit när en brukare hade blivit ångestfylld och paranoid. Det visade sig att brukaren inte hade sovit eller ätit, endast druckit kaffe och rökt cigaretter i sin ensamhet. Efter att ha blivit bjuden på en dagens lunch med sällskap och fokus på lite trevliga minnen så var läget ett annat – det fanns inte längre något att fly från. Ibland känns det som att grundläggande mänskliga behov glöms bort i vår strävan att vara professionella. Vi tappar kontakten med att vi möter en annan människa, utan de blir tillstånd och diagnoser som ska hanteras.

Jo, det finns en till sak som gör att jag gärna väljer de svåra samtalen. Jag upphör aldrig att förvånas över modet och förmågan till kontakt. Det berör mig på ett personligt plan och jag ser det som ett privilegium att få finnas där. Det är som att intensiteten och styrkan i den blir starkare av att det är ett utsatt läge – det är nästan elektriskt. Behovet är kanske så stort att när kontakt uppnås så är värdet av den accentuerad. Kanske även att sinnena är lite extra skärpta och de små nyanserna blir tydliga. Jag tänker att upplevelsen av att vara i limbo och utan kontakt är så skrämmande och få saker kan få mig själv så ur balans som att inte bli sedd eller få respons. Kanske det är det därför jag också har en stark radar för att upptäcka de små signalerna på att det finns något där. Jag är lite av en känsljunkie, tycker om när det vibrerar och närvaron är stark. I de svåraste samtalen är livet som mest påtagligt och det känns väldigt meningsfullt.



Foto: LinkedIn Sales Solutions/Unsplash

**I de svåraste samtalen är livet som mest påtagligt och det känns väldigt meningsfullt.**



# Den psykoterapeutiska relationen utifrån ett KBT perspektiv

## – Anteckningar 2010-2017 i Beteendeterapeuten

Här presenterar jag en lista på några anteckningar om den terapeutiska relationen som jag skrev i Beteendeterapeuten mellan 2010 och 2017. Jag ville förstå bättre kontakten patient-terapeut, bemötandet och patientens möjligheter att bli förbättrad. Här finns en del av dessa reflexioner i anteckningsform som ger mig ett flexibelt arbetsutrymme.

Jag hade också märkt att vi inom kognitiv beteendeterapi pratade lite om ämnet och att vi t o m undvek att prata om det. Frågan för mig var hur kan vi beskriva den kontakten med patienten som sökte psykoterapi/KBT på psykoterenheten där jag arbetade. Hur kan man beskriva relationen med patienten i öppenvårdspsykiatri utifrån ett KBT-perspektiv och framförallt utifrån patientens perspektiv. Hur såg patienten på det terapeutiska arbetet och bemötandet?

Jag började ställa enkla frågor till studenter och kandidater om hur man ville att terapeuten skulle vara om de skulle behöva gå i terapi. Ju mer jag tänkte på frågan desto fler frågor och möjligheter till frågor dök upp.

Jag utvecklade en enkät som bestod av tre delar:

- Om jag blir patient och behöver en terapeut – vilka är mina förväntningar
- Sedan när man kommer till en terapeut, vad är det som jag tycker att det är viktigt för mig som patient
- Nämn tre saker som du inte tycker om hos din terapeut.

Dessa frågor besvarades av mer än två hundra personer: patienter, administrativ-/rehabpersonal, studerande, KBT-kandidater, psykologer,

psykoterapeuter med KBT/kognitiv inriktning. Antal personer som svarade på frågor om den terapeutiska kontakten blev fler och fler och en statistisk bearbetning gjordes först på 170 enkäter och sedan på 200 enkäter som bekräftade svarens tendenser.

Enkäten utvecklades under tidens gång. En del av materialet bearbetades statistiskt och en del redogjordes som öppna svar i Beteendeterapeuten.

Resultatet av den här vandringen som började 2010 har blivit positivt. Jag behöver inte spekulera längre om en abstrakt terapeutisk relation. Nu har jag fått tillräckligt med svar för att beskriva ämnet utifrån ett KBT-perspektiv. Jag hoppas att jag är på rätt väg. Att fortsätta med detta arbete rekommenderar jag varmt.

Idag 2021 har jag slutat arbetat inom öppenvården efter att ha arbetat mer än 30 år inom vuxenpsykiatri och två år på en vårdcentral.

### Anteckningar om den psykoterapeutiska relationen

1)Beteendeterapeuten 1-2010 . En anteckning om den psykoterapeutiska relationen – en mänsklig relation. Hur kan man beskriva sin terapeut besvarades av 18 personer (N=18).

2)Beteendeterapeuten 3-2010 / Två anteckningar om den psykoterapeutiska relationen. Hur kan man beskriva sin terapeut besvarades av ytterligare 12 personer (N =12)

3)Beteendeterapeuten 1-2011 / Tre anteckningar om den

psykoterapeutiska relationen - Hur kan man beskriva sin terapeut besvarades av 30 personer (N =18+12=30)

4)Beteendeterapeuten 2-2011 / Fyra anteckningar om den psykoterapeutiska relationen - Hur kan man beskriva sin terapeut besvarades av 11 personer till (N=11)

5)Beteendeterapeuten 3-2012/ Anteckning 5: Om den psykoterapeutiska relationen: En enkät - Vilken terapeut behöver jag om jag blir patient och vad är det som är viktigt för mig?

6)Beteendeterapeuten 1-2013 / Anteckning 6: Om den psykoterapeutiska relationen: Terapeuten ska vara duktig – snygg är mindre viktigt

7)Beteendeterapeuten 2-2013 / Anteckning 7: Om den psykoterapeutiska relationen – vad är det som är viktigt för mig?

8)Beteendeterapeuten 3/2013 / Anteckning 8 – Om den psykoterapeutiska relationen: Min terapeut ska vara en kunnig och engagerad lyssnare som förstår och inte dömer!

9)Beteendeterapeuten 4/2013/ Anteckning 9 – Om den psykoterapeutiska relationen: Patienternas perspektiv

10) Beteendeterapeuten 1/2014 Anteckning 10 – Om den psykoterapeutiska relationen: Enkäten som verktyg

11)Beteendeterapeuten 3-2014. Anteckning 11 – Om den psykoterapeutiska relationen utifrån ett KBT perspektiv.

12) Beteendeterapeuten 4-2014 / Anteckning 12 – KBT och den terapeutiska relationen - ett annat perspektiv?

13)Beteendeterapeuten 1-2015 Anteckning 13: KBT och den terapeutiska/vårdande relationen – ett annat perspektiv?

14)Beteendeterapeuten 3-2015 Anteckning 14: KBT och den terapeutiska relationen som icke avgörande faktor?

15)Beteendeterapeuten 4-2015 Anteckning 15: Den terapeutiska KBT-relationen Kan kontakten mellan patienten och psykologen beskrivas som en intim relation?

16)Beteendeterapeuten 3-2016 Anteckning 16 - Den terapeutiska KBT-relationen -2016-08-10 Efter första samtalet utvecklades en positiv arbetsrelation.

17) Beteendeterapeuten 1-2017/ Anteckning 17 - Den terapeutiska relationen: Tre saker som 83 patienter inte tycker om hos sin terapeut blir en viktig information för terapeuten, det kan inbjuda till reflektion

...

Jag hade tänkt skriva mer om dessa anteckningar och om min motivation för att fokusera på ämnet men dessa tankar stannade någonstans mellan Spanien och Gotland.

Ha en fortsatt bra sommar!  
**Alejandro Muñoz Retamal**  
Leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare

**Enkät**

**Instruktion – för patienter**

Du har framför dig en enkät som syftar till att veta vad man förväntar sig när man funderar på att söka psykologisk eller psykiatrisk hjälp. Svaren ska bearbetas statistiskt och helt anonymt. Resultaten kan publiceras i någon form t.ex. en artikel men alla svar bearbetas helt anonymt och i gruppform. Syftet är att veta hur en grupp personer svarar på enkäten.

Tack för din hjälp!

Börja svara här nedan:

1) Kön: Man Kvinna

2) Ålder: .....år

3) Har Du någon gång gått i någon sorts terapi? JA NEJ

**1. OM JAG BLIR PATIENT...**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ej viktigt Mycket viktigt

Jag behöver en terapeut som:

- förstår mig.....=
- jag kan ha förtroende för.....=
- tycker om mig.....=
- kan hjälpa mig att nå mina mål.....=
- jag kan arbeta tillsammans med.....=
- förstår mina problem.....=
- respekterar min syn på mina problem.....=
- jag respekterar.....=
- jag tycker om som person.....=
- jag kan ha en bra relation med.....=
- jag kan känna mig bekväm med.....=
- har lång erfarenhet.....=
- tror på mig.....=
- är trevlig.....=
- är sympatisk.....=
- är snygg.....=
- är kunnig.....=
- har humor.....=
- har skrivit böcker.....=

**1. TERAPEUTEN**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ej viktigt Mycket viktigt

I din kontakt med din terapeut – Hur pass viktig är det för dig att terapeuten är:

- Ärlig.....=
- Sig själv.....=
- Lyhörd.....=
- Inlevelseförmåga.....=
- Prestigelös.....=
- Förstående.....=
- Accepterande.....=
- Empatisk.....=
- Varm.....=
- Stödjande.....=
- Engagerad.....=
- Inbjudande till samtal.....=
- Flexibel.....=
- Artig.....=
- Förtroendeingivande.....=
- Intresserad.....=
- Öppen.....=
- Han/hon ska vara (övriga kommentarer

.....

**1. Vilka tre saker skulle du ogilla hos din terapeut:**

- 
- 
-



# Novel intervention approaches after recent exposure to trauma

Author: Bragesjö, Maria

Date: 2021-06-04

Location: Andreas Vesalius, Berzelius väg 3, Karolinska Institutet, Solna

Time: 09.00

Department: Inst för klinisk neurovetenskap / Dept of Clinical Neuroscience

View/Open: Thesis (740.6Kb)

## Abstract

### Background:

The life-time incidence of exposure to traumatic events is high and can have a profound negative impact on mental health. The majority of individuals exposed to trauma will go through a process of natural recovery and experience short-lived reactions.

The most widely reported long-term reactions in the traumatic stress literature are acute stress disorder (ASD) and post-traumatic stress disorder (PTSD). After intentional traumatic events, one-third of the exposed will develop PTSD in the first year. That stresses the necessity and importance of early scalable interventions to alleviate initial reactions and change the trajectory away from a chronic course.

The key precursor for PTSD is exposure to a specific traumatic event which allows for early identification and intervention. Early psychological interventions based on trauma-focused cognitive behavioural therapy (CBT-I) has shown promising results, especially for those who meet the diagnostic threshold for ASD.

**Aims:** The general aim of this thesis was to develop and evaluate novel early psychological interventions after exposure to a potentially traumatic event(s) (PTE) in order to facilitate recovery and reduce immediate distress. The specific aims of each study in this thesis were to investigate:  
x The feasibility, acceptability and efficacy of brief prolonged exposure (PE) provided face-to-face in the early

aftermath of a potentially traumatic event in an emergency hospital setting and at an emergency department for rape victims (Studies I and II)

x The feasibility, acceptability and efficacy of condensed internet-delivered PE (CIPE) in the early aftermath of a potentially traumatic event (Studies III and V)  
x The participants experience of CIPE in the early aftermath of a potentially traumatic event (Study IV).

### Methods:

Five studies (I-V) that evaluated PE as an early intervention after trauma using different types of methodology in recruitment, assessment and form of delivery were conducted within this doctoral project.

Study I and II investigated feasibility, acceptability and efficacy of PE delivered face-to-face within 72 hours of exposure to trauma. Study I was a randomised controlled trial (RCT) with the original aim to allocate 352 participants to three sessions of PE or non-directive support.

Study II evaluated feasibility of the same face-to-face protocol for rape victims in a non-randomised pilot study (N=10). In study III, a condensed internetdelivered prolonged exposure intervention was developed and tested for feasibility, acceptability and preliminary effects in a pilot randomised trial (N=33) when provided within the first two months after exposure to trauma.

Study IV (N=11) used a qualitative thematic analysis to explore participants experiences of the intervention.

Study V was a randomised trial (N=102) with the aim to investigate the effectiveness of CIPE against a waiting list up to 7 weeks from baseline.

### Results:

In study I, we experienced problems with high attrition and low recruitment rate and the trial was terminated beforehand due to unexpected organisational changes at the recruiting site. In study II, the compliance to the intervention in terms of session attendance and homework assignments completion was high.

Nevertheless, only a small proportion of patients at the recruiting clinic were eligible for the study. Study III showed that CIPE was feasible, acceptable and preliminary led to greater reductions in post-traumatic stress symptoms compared to the waiting list group.

Data from study IV showed that participants found CIPE to be a demanding yet effective intervention. Participants described CIPE as a credible, tolerable and educative intervention that motivated them to engage in exposure. Imaginal exposure was perceived to be both the most important in recovery after trauma and also the most distressing one.

Study V demonstrated that CIPE was more effective in reducing symptoms of post-traumatic stress than the waiting list group up to 7 weeks after baseline. The between-group effect size was in the moderate range at intervention completion after 3 weeks (bootstrapped  $d=0.71$  [95% CI; 0.33 to 1.05]) and large at the 1-month follow up (bootstrapped  $d=0.83$ ; [95% CI 0.46 to 1.19]). Results were maintained after six months. No serious adverse events associated with the intervention were found in either of the studies.

### Conclusions:

The results from the studies in this thesis put the light on that recruiting participants from Swedish emergency hospitals and delivering an early intervention face-toface within the first 72 hours of exposure to trauma was not as feasible as originally expected.

A change in methodology was therefore necessary. The time-frame from exposure to trauma and inclusion was extended, an indicated approach to inclusion was used and the recruitment, assessment and intervention procedures were transferred to an online format (CIPE).

Results indicate that CIPE was a feasible, acceptable and effective early intervention after trauma when delivered within the first two months after exposure to PTE to symptomatic individuals. CIPE could greatly increase access to this type of intervention and may prove to be a highly scalable intervention with the benefit to be used in the exact moment when needed.

### List of papers:

I. Bragesjö M., Arnberg F. K., & Andersson E. Prevention of PostTraumatic Stress Disorder: Lessons Learned from a Terminated RCT of Prolonged Exposure. [Manuscript.]

II. Bragesjö, M., Larsson, K., Nordlund, L., Anderbro, T., Andersson, E., & Möller, A. (2020). Early Psychological Intervention After Rape: A Feasibility Study. *Frontiers in Psychology*, 11(1595).  
Fulltext (DOI)

III. Bragesjö M., Arnberg F. K., Särholm, J. Olofsdotter Lauri, K. & Andersson E. (2021) Condensed internet-delivered prolonged exposure provided soon after trauma: a randomised pilot trial. *Internet Interventions*. 23, 100358.  
Fulltext (DOI)

IV. Bragesjö M., Arnberg F. K., Jelbring, A., Nolkranz, J., Särholm, J. Olofsdotter Lauri, K., von Below C. & Andersson, E. (2021) Demanding and effective: participants' experiences of internet-delivered prolonged exposure provided within two months after exposure to trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1885193.  
Fulltext (DOI)

V. Bragesjö M., Arnberg F. K., Olofsdotter Lauri, K., Aspvall, K., Särholm, J. & Andersson, E. Condensed internet-delivered prolonged exposure provided soon after trauma: a randomised trial. [Manuscript.]  
URI: <http://hdl.handle.net/10616/47606>  
Institution: Karolinska Institutet  
Supervisor: Andersson, Erik  
Co-supervisor: Arnberg, Filip  
Issue date: 2021-05-12  
Rights:  
Publication year: 2021  
ISBN: 978-91-8016-251-7

### Collections

- Doktorsavhandlingar / Doctoral Theses
- Doktorsavhandlingar / Doctoral Theses - K8 (CNS)
- Doktorsavhandlingar / Doctoral Theses - SwePub



# Jag är en påse känslor

**En BTF-medlem var under sensommaren med på en klimatrelaterad aktion, och skrev därefter nedanstående text. Beteendeterapeutens redaktör frågade om det gick bra att publicera texten i medlemstidningen, vilket skribenten i detta skede gör utifrån premissen att i stunden kunna vara anonym.**

Jag är en påse med känslor och tankar just nu. Den billigaste sorten, en prasslig plastpåse som går sönder när den packats för tungt, eller när någon skarp kant pressar emot. Jag har packats huller-om-buller; upplevelse av att starka känslor och tankar dyker upp slumpvis och griper tag ordentligt, för att plötsligt klinga av och ge plats för något annat. Tillståndet är inte obehagligt eller oönskat, men lite rått, öppet, ovant, den närmaste liknelsen är det omtumlade töcken som uppstått efter att jag varit med om en förlossning, men det är ändå inte riktigt samma. Vi kikar i påsen.

**Kärlek.** Den svallar i bröstet, bubblar upp i rodnande kinder som tvingar fram leende och mjuka skratt, ibland följda av en tår eller tolv. Kärleken till allt som nu lever, och allt levande som får plats i framtiden. Kärleken till min familj, alla vänner, och alla jag träffat den senaste veckan. Ibland blir sådan kärlek särskilt påtaglig, stark, överväldigande. Nu är ibland.

**Stolthet.** Ett begrundande av vad som är viktigt för mig och huruvida jag kunat agera utifrån detta, följt av höjda axlar, djupare andetag, ett välbefinnande och upplevelsen att jag på något vis strålar. Vi har agerat fredligt, i alla led, tagit risker som rör oss själva, inte andra. Vi har agerat med fredlig civil olydnad. Begått medvetna brott mot lagen utan att dölja det, beredda på konsekvenser för att uppnå ett syfte. Jag frågar vakten som leder mig ut från min cell i arresten om vi har uppträtt bra och fredligt, hon svarar att vi agerat exemplariskt, inte några problem alls. Blir så stolt och glad, så himla stolt och glad. Vi är inte emot polisen, de har ett jobb att göra, vi möter dem med kärlek och respekt. Säger det till dem: tack för

att ni är så lugna och professionella, ni gör ett bra jobb. Vissa gläds märkbart, andra har strama pokeransikten. Avsikten när oavsett fram: We come in peace. **Skav.** En del är obekvämt, inte riktigt rätt. Såklart jag förstår att våra aktioner stör vissa. Resan blir inte som den skulle, folk blir frustrerade, förstörd framkomlighet, hinder där det tidigare var obehindrat. Det är en förväntad konsekvens av metoden vi valt, jag är ok med det, likväl är skavet där. Jag blir inte skadeglad. Inte ens när politikern, som är ett av huvudmålen för vårt budskap, fastnar i vår blockad så blir jag skadeglad. Glad för att hon konkret möter vårt budskap, ja, men inte skadeglad för att hennes resa blir ett frustreringsmoment. Sedan tillkommer ett kroppsligt skav. Mina båda armar är fastkedjade i flera timmar, kroppen och dess ålder gör sig påmind flera gånger om. Skämtar om att det är skönt att polisen snart verkar ingripa så kroppen får vila, men skämtet skaver omedelbart. Skam - borde jag bara vilja hålla blockaden så länge som möjligt, frigöra mina tankar och känslor från alltmer högljudda kroppssignaler? Likväl infinner sig en lättnad när jag slutligen är fri att röra mig, vilket ironiskt nog är början på en annan ofrihet som kommer med andra skav.

**Sorg.** Det som annars bara ligger lagrat som kunskap i hjärnbanken pulserar plötsligt ut i varje cell i kroppen som en koncentrerad känsla. Implikationerna av kunskapen fullkomligt golvar mig där jag ligger. Olika nycklar i stunden läser upp mina inre blockader och öppnar för svallvägarna. De Röda rebellerna liksom svävar långsamt och avsiktsfullt fram, till synes varandes i en parallell dimension, opåverkade av allt uppskruvat runtom dem. De Röda rebellernas brigad symboliserar det

blod vi delar med varandra och andra arter, det som förenar oss och gör oss till ett. När jag vanligtvis ser dem får jag gåshud, förlamas av andakt, och stirrar klimatkrisens konsekvenser i vitögat med full känslonärvaro. När jag ser dem komma med vitmålad ansikten medan jag ligger fastkedjad på Karl Johans gate, i full färd med att ta ett steg ut på obekant och obekvämt mark i värderad riktning, då brister allt. Gråter och gråter och gråter. Vad vi människor gjort, vad vi gör, vad det håller på att leda till, varje ny tanke blir en tår som trillar ner för mina kinder innan de avdunstar i den skarpa solen. Stunden passerar, blockaden är inte endast en stund att sörja, den är också en fest, en kunskapsöverföring, ett försök att vidga demokratin. Starka ögonblick avlöser varandra. Någon börjar sjunga en sång. Lyssnar, försöker lagra i minnet för att delta nästa gång. Texten är inte svår, redan andra gången är jag redo att sjunga med, men jag är ändå inte redo. "People gonna rise like water, we got to face this crisis now!" går bra, låter vackert, känns starkt. "I hear the voice of my great granddaughter, saying: climate justice now!" går inte. Rösten brister och blir en gråtfylld hulkning vid "granddaughter", en gång, två, tre, oräkneligt antal gånger. Kan inte härbärgera sorgen, den svämmar över, rinner ur mina ögon. Vad är det vi har gjort?

**Ilska.** Vi VET idag hur de tidiga, förhållandevis milda konsekvenserna av klimatförändringarna, som vi skapat, ser ut. Vi VET hur orättvist de slår på vår planet, hur de mest sårbara såras mest. Vi VET hur akut radikal omställning är, hur inkompatibel en framtid med överlevnadspotential är med fortsatt storskalig oljeförbränning. LIK FÖRBANNAT fortsätter den norska staten att ge tillstånd att etablera nya oljefält, söka flera källor, planera för en utvinning som långsiktigt bara ger förlorare. Dom har tittat på den koldioxidbudget vetenskapen givit oss, sedan bränt den med gasol. Medan alltför norrmän kör elbil så ska ny olja tas upp i flera tiotals år, symboliserandes samma respekt för Parisavtalet som Trump hade. En Oslo jag jobbar två heldagar i köket med berättar att Norge tillsammans med Saudiarabien och USA är de tre länder som toppar klimatförnekelse-listan i världen, trots det imponerande



Tidigare i år utförde norska och svenska aktivister från Extinction Rebellion fredliga olydnadsaktioner mot Stortinget samt norska riksbanken och miljödepartementet. Syftet var att pressa norska makthavare till att erkänna klimatkrisen och agera för att förhindra dess värsta konsekvenser. Nu har aktivisterna dragits inför rätta. Men genom att vägra acceptera böter och istället åberopa nödrätt har de lyckats ge utrymme åt experter som ska uttala sig i rätten kring krisläget och huruvida staten tagit ansvar och tillräckliga åtgärder.

*Källa och foto: XR-Sverige*

utbildningssystemet. För ett oljeland som Norge är det oacceptabelt, om än förstaeligt, och det gör mig arg. Allt detta är anledningar till att protestveckan Nordic Rebellion arrangerades i Oslo, mindre än en månad innan valet till Stortinget.

**Osäkerhet.** Har jag öppnat en inkörsport genom att genomföra en fredlig civil olydnadsaktion som slutade i att jag arresterades, och fortsätter med rättgång? Har jag samtidigt stängt dörrar? Som så ofta vet vi inte om oönskad mark bär, eller vart den bär. Missförstå mig rätt, historien har visat att den här metoden är effektiv, med såväl kvinnlig rösträtt som medborgarrättsrörelsen på sitt CV. Men för mig som individ, befinner jag mig i en uppförbacke, ett sluttande plan, eller en återvändsgränd? Behöver låta tid passera, hitta bäring igen, innan framtiden klarnar. Kom hem från Oslo igår, för två dygn sedan satt jag i en cell som blev mitt tillfälliga hem i 7-8 timmar. Bokstavligen vatten och bröd. Förvånad över hur ok allt kändes. Är jag annorlunda nu? Vet inte, men dagens VAB kändes precis som vanligt, möjligtvis lite gosigare än vanligt. Känner att jag vill dela mina tankar med mina vänner, men också att jag i nuläget är nöjd att begränsa sprid-

ningen till vänkretsen. Håller på med ett projekt där jag vill prata med människor som kanske inte vill prata med mig om de vet detta. Men kanske, men ändå, men likväl, men men men.... Osäkerhet.

**Lycka.** Så himlastormande glad att vara hemma med familjen igen, så lycklig över allt och alla jag har i mitt liv. Så tagen över hur Extinction Rebellion är uppbyggd: med stöd vid aktioner vilket gjorde mig knäsvag av tacksamhet när jag låg fastkedjad, med arreststöd som innebar att min respektive blev kontaktad när jag arresterades och jag själv möttes av applåder, leenden, blommar, kramar och mat när jag kom ut från arresten (ja, och transportfunktioner, outreach, poliskontakter, mediapersoner, kökspersonal osv osv). Upplyft av alla vanliga Oslobor som kommit fram under veckan och tackat för det vi gjort, som sagt att de vill gå med, som drömt om att få frågan på dagordningen i ett land som inte välkomnat den. Nöjd över att de unga klimatrebeller som bland annat kämpar för sin egen framtid inte behöver göra det själva, att de ser att också vuxna bryr sig och agerar. Och turen, den otroliga turen, av att vår blockad i korsningen Karl Johans gate och Frederiks gate stoppar Norges före detta Olje- och energiminister som sä-

ger att man inte ska "plåga vanligt folk" apropå blockaden. Medan jag förstår vad hon menar, och inte vill henne något illa, så tänker jag att utifrån hennes yrkesgärning så är uttalandet symboliskt som att spruta bensin i glashus och tända på.

**Hoppfullhet.** Vad som ser ut att kunna bli den största civila olydnadsaktionen i Norges historia har inte passerat obemärkt. Norsk media har bevakat ordentligt, aktioner blir nyheter, ledartexter är sympatiska, klimatförnekarens skenargument faller sönder i solljuset (efter ännu en sommar med värmerekord). Fler på hemmaplan uttrycker en vilja att göra "något", och blickar vänds mot ett håll som erbjuder både fredlighet och effektivitet. Och i mitt eget huvud börjar argument om nödrätt så sakteliga ta form inför rättegången, preliminärt om en knapp månad, ord jag kommer få chans att säga oavsett hur rätten sedan dömer. Vi ger aldrig upp!

Jag är en påse med känslor och tankar just nu. Bräcklig och osorterad, men väldigt tacksam över att du tog dig tid att titta in, oavsett om du håller med mig eller inte.





# Saxat från KBT-listan



## Terapeutens färdigheter och förhållningsätt

1)  
Från: Alejandro Muñoz Retamal  
Skickat: den 9 mars 2021 16:53  
Till: kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: VB: [KBT-listan] Fråga - referens - terapeut färdigheter och KBT kontakt

Hej alla,  
I ett tidigare inlägg sökte jag efter en referens om terapeutens färdigheter. Här kommer det jag har fått ihop.  
Komplementär information när man tänker på det terapeutiska förhållningsättet och på patient-terapeutkontakt:  
1. En artikel av Lars-Göran Öst: Bedömning av terapeutisk kompetens i beteendeterapi i Sandra Bates bok om handledning. Handledning ur ett KBT perspektiv. Natur & Kultur 2020. ISBN: 9789127827769.  
2. Effective psychotherapist – clinical skills that improve client outcomes, William R. Miller. Guilford Press 2021. ISBN: 9781462546893.  
3. CTS-R svensk version: Cognitive Therapy Scale – Revised (CTS-R). I.-M. Blackburn, I.A. James, D.L. Milne & F.K. Reichelt. Collaborators: A. Garland, C. Baker, S.H. Standart & A. Claydon. Newcastle upon Tyne, UK . 2001 Dec. Svensk översättning: Peter Jacobsson, 2006  
4. Cognitive Therapy Scale Rating Manual. Jeffrey Young, Ph.D., Aaron T. Beck, M.D. Revised Draft. August 22, 1980. Additional copies may be downloaded from www.beckinstitute.org

Med vänlig hälsning  
Alejandro Muñoz Retamal  
Legitimerad psykolog, leg psykoterapeut, handledare

2)  
Från: 'Hugo Wallén' via KBT-listan <kbt-listan@googlegroups.com>  
Skickat: den 26 april 2021 10:12  
Till: Alejandro Muñoz Retamal <alemunoz675@gmail.com>; kbt-listan@googlegroups.com <kbt-listan@googlegroups.com>  
Ämne: Sv: [KBT-listan] Fråga - referens - terapeut färdigheter och KBT kontakt

Hej,  
Vad vet vi egentligen om kopplingen mellan utbildning/kompetens och kliniskt utfall?  
Är det någon som nyligen sökt forskning kring detta?  
Spelar det någon roll om det är en person med lång klinisk erfarenhet och formell utbildning som ger behandlingen eller inte?

Mvh  
Hugo Wallén

Strateg, Specialistpsykolog, Doktorand  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Adress: Järntorget 7 VII 413 04 Göteborg  
Telefon: 0702 18 95 03

3)  
Den Mon, 26 Apr 2021 08:48:05 +0000, Ragnar Bern <ragnar.bern@hotmail.se> skrev:

Hej!  
Generellt sett gäller att erfarenhet, kompetens och (vidare) utbildning inte ger bättre resultat.  
Några översiktsartiklar:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20350031/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25177902/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683046/>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3855020/>

Eftersom du verkar efterfråga färskare forskning så kan jag tipsa om denna artikel:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33581481/>

Ragnar Bern  
leg. psykolog  
www.manualguiden.se

4)  
Den mån 26 apr. 2021 kl 10:56 skrev <bengt.eriksson@ownit.nu>:

Hej!  
Om det är på detta viset så anmäler sig onekligen en intressant fråga:  
Är det dags att lägga ner våra terapiutbildningar och i vården satsa på allmänt trevliga och välmenande människor i stället? Eller utbilda bara för "Steg 1", eftersom landstingen/regionerna egentligen inte vill bekosta "Steg 2"-utbildningar. Vilket spännande tema att meditera kring!

Hälsningar  
Bengt Eriksson

5)  
26 apr. 2021 kl. 11:01 skrev Eva Magoulias <evamagoulias@gmail.com>:

Hej Bengt!  
Nej, verkligheten inte! I alla fall inte att bara meditera kring, eller att allmänt trevliga och välmenande människor räcker! Men att det faktiskt finns forskning som undersökt varför olika terapeuter får olika utfall med samma metoder och vad det i så fall är som skiljer! och att det går att lära ut med "informed practice"!

Vänliga hälsningar  
Eva Magoulias, /eva.magoulias@gmail.com

6)  
Den Mon, 26 Apr 2021 10:32:27 +0000, Ata Ghaderi <ata.ghaderi@ki.se> skrev:

Hej,  
Intressant diskussion!  
När de enskilda studierna inte är specifikt designade för att besvara dessa frågeställningar blir det svårt att lita på meta-analyser och översikter. Mer är tyvärr inte alltid samma sak som bättre. Ibland är det "garbage in, garbage out".  
Den sista studien som är väldigt ny (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33581481/>) var också delvis en besvikelse givet relativt litet urval för en sådan frågeställning och suspekt modell för undersökning av individuella skillnader utifrån baslinjedata för prognos. Maskininlärning är ibland en svartlåda, där knappt gud vet vad som gäller.  
De ska dock ha kredit för att de inte gick in på riktiga och komplexa analyser. Det skulle bli ännu mer meningslös.  
En sådan studie skulle nog sällan gå in i BRAT utan kända namn som Rob DeRubeis och Pim Cuijpers. De är kanske också hänfödda av maskininlärning och sätter sitt namn på en sådan studie.

Om någon undrar varför riktigt bra studier om dessa frågor inte görs har det att göra med att det kräver tokigt många mätningar och det kostar mer än skjortan. Det går inte att få in tillräckligt med forskningsmedel för att studera sådana frågor. Förändring i varje del av en process beror inte bara på terapeutens förmåga och kompetens, utan också på patienter följsamhet och utfallet av det, samt en massa externa variabler som är svåra att kontrollera (därav behovet av stora urval då dessa inte kan kontrolleras genom randomisering) och patientens svar på varje del i processen (små förbättringar eller inte) i sin tur påverkar hur nästa del i processen levereras och tas emot och följs. Det blir märkligt komplexa så kallade rekursiva modeller.  
Kanske meta-analys av välgjorda effectiveness-studier kan så småningom ge en bättre och mer rättvisande bild om man letar efter enkla svar, men även det är tveksamt. Tidskrifterna sällan publicerar data på efficacy eller effectiveness när kompetensen hos terapeuterna varierar nämnvärt.

Hälsningar,  
Ata  
Ata Ghaderi, Ph.D.  
Clinical Psychologist, Licensed Psychotherapist, Professor  
Division of Psychology  
Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet.

7)  
Från: kbt-listan@googlegroups.com <kbt-listan@googlegroups.com>  
Skickat: den 26 april 2021 12:50  
Till: ata.ghaderi@ki.se; kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: Sv: Re: [KBT-listan] Fråga - referens - terapeut färdigheter och KBT kontakt

Hej Eva!

Att olika terapeuter verkar få olika utfall med samma metoder

är en tes som emellanåt formuleras inom psykodynamisk tradition och det vore väl konstigt om inte terapeutens person och personligt färgade metodik skulle göra avtryck i resultatet. Men det intryck jag har är att det inte verkar finnas många som vill forska med den inriktningen. Man kan ju tänka att det kanske inte är helt behagligt och kul att peka ut vissa personer som framgångsrika i stället för vissa metoder. Inom kbt-fältet vill man ju gärna att det är metoden som är det som fungerar, annars blir väl mycket av nuvarande psykoterapistudier litet meningslösa – om det nu handlar om person i st f metod?  
Det som gör frågan stor och kanske svårhanterlig är ju att den ifrågasätter all vår vanliga utbildning, metodträning och handledning, med stor konsekvenser för utbildningsorganisationer och för vården i stort. Är det lika inom medicinen? Kirurgin? För några år sedan visade det sig att en utbildad person jobbat i många år som läkare - och, kanske till allmänt förtret, klarat jobbet ganska bra! Jag tvivlar på att enstaka tilllägg som informed practice och liknande löser detta dilemma, även om jag tycker att det verkar vara ett bra komplement i utbildning och praktik.  
Är det så, Ata, att vi tills vidare kan andas ut, i brist på odrägligt komplicerade och dyra studier som ingen kan genomföra, och fortsätta som vi gör i utbildning och handledning ... ?

Hälsningar  
Bengt Eriksson

8)  
Från: 'Hugo Wallén' via KBT-listan  
Skickat: den 3 maj 2021 13:45  
Till: kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: Sv: Re: [KBT-listan] Fråga - referens - terapeut färdigheter och KBT kontakt

Hej,  
Kan man säga något av följande?:  
a. Forskning visar att utbildning/erfarenhet inte har betydelse för utfall  
b. Forskning visar inte att utbildning/erfarenhet har betydelse för utfall  
c. Det finns inte tillräckligt med (kvalitativ) forskning inom fältet för att kunna dra några slutsatser.  
d. Det hittills gjorda forskningen inom fältet ger i huvudsak stöd för hypotesen att utbildning/erfarenhet inte har betydelse för utfall?  
Jag antar att det borde vara likt för många, kanske alla professioner? Finns det evidens för att altaner blir bättre (håller längre?) om det är en utbildad snickare som byggt dem? Finns det evidens för att matematiska beräkningar blir korrekare om det är en matematiker som gör dem? Finns det evidens för att elever lär sig bättre av en lärare med lång erfarenhet? Eller ena av en lärare?  
Men kan man i avsaknad av sådan evidens påstå att utbildning och erfarenhet saknar betydelse?

Mvh  
Hugo Wallén  
Strateg, Specialistpsykolog, Doktorand, Sahlgrenska Universitetssjukhuset





9)  
Från: mph@ownit.nu  
Skickat: den 3 maj 2021 18:26  
Till: hugo.wallén@vgregion.se; kbtlistan  
Ämne: Re: Sv: Re: [KBT-listan] Fråga - referens - terapeut färdigheter och KBT kontakt

Hej på er alla,  
Bra frågor men de förefaller alla beröra individuella faktorer, inte yttre kontextuella faktorer som faktiskt också spelar en viktig roll för utfallet, dvs vilka förutsättningar har en behandlare i sina möten med människor? Exempelvis, som psykolog inom företagshälsovården så kan man ibland möta ganska orealistiska förväntningar av exempelvis beställande chefer som förväntar att man ska ”ha botat” deras medarbetare med närmast livslånga dysfunktionella beteendemönster på två-tre samtal à 45 minuter. No pressure alltså...;D Samma sak kan också gälla klienterna som man möter som har en förväntan om en ”quick fix” bara för att de har hört att KBT är så effektivt. Tycker mig se likartade problem med att få tillräckliga förutsättningar att jobba som psykolog oavsett om det är företagshälsovård, primärvård eller öppenvårdspsykiatri där jag också har erfarenhet av. Som kbt- och act inriktad psykolog så försöker jag hålla mig ganska trogen det underliggande teoretiska ramverket som betonar funktionell kontextualism. Så vad har hänt med kontexten, eller kanske mer specifikt uttryckt ”antecedenterna”... ?Det spelar kanske inte så stor roll hur mycket kunskaper som finns hos en behandlare om andra yttre faktorer saknas. Som man kanske kan säga det ”det är svårt att leverera ett os-guld med handhyvlade skidor och trasiga stavar”

Mvh  
Maria P. Henriksson, Fil. doktor/leg. Psykolog,  
Organisationskonsult

## Disputation

Från: ”kbt-listan@googlegroups.com” <kbt-listan@googlegroups.com> på uppdrag av Johanna Morén <johanna.moren@hotmail.com>  
Datum: måndag 17 maj 2021 18:28  
Till: ”kbt-listan@googlegroups.com” <kbt-listan@googlegroups.com>  
Ämne: [KBT-listan] Tips om disputation och föreläsning om tidiga insatser vid trauma!

Här kommer ett fint tips!  
Maria Bragesjö har i sitt avhandlingsarbete utvecklat och utvärderat psykologiska interventioner baserade på traumafokuserad KBT för personer som nyligen varit med om ett psykologiskt trauma. Interventionerna har testats i traditionellt format med fysiska besök på Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset för personer som sökt vård på dess akutmottagningar men också i ett internetförmedlat format med nationell rekrytering av studiedeltagare. Disputationen äger rum fredagen den 4:e juni klockan 09:00 via Zoom: <https://ki-se.zoom.us/j/67750728012>. Mer information

finns på <https://nyheter.ki.se/disputation-maria-bragesjo>.  
I samband med disputationen föreläser opponent Richard Bryant från University of New South Wales. Under rubriken Early psychological interventions after trauma: where do we stand? kommer han att ge en översikt av området tidiga psykologiska interventioner efter trauma. Föreläsningen hålls torsdagen den 3:e juni kl. 09:00-09:45. Föreläsningen sänds via Zoom, ingen förnamälan krävs: <https://ki-se.zoom.us/j/67778053202>.

Professor Richard Bryant är en av världens främsta forskare inom traumafältet och han har en omfattande klinisk erfarenhet. Professor Bryant har haft en ledande roll i att vetenskapligt undersöka hur man på bästa sätt kan nå och hjälpa personer som nyligen drabbats av en traumatisk händelse. Han har publicerat över 750 artiklar och skrivit flera böcker inom området.

--Från: Dan Katz  
Skickat: den 17 maj 2021 19:45  
Till: Johanna Morén  
Kopia: kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: Re: [KBT-listan] Tips om disputation och föreläsning om tidiga insatser vid trauma!

Jag tycker att detta är ett extremt viktigt område då i alla fall jag känt mig osäker på hur man bäst kan stödja nytraumatiserade, i synnerhet som aggressiv debriefing, som tyvärr fortfarande tycks användas, är kontraindicerat.

Dan

## BTF-salonger

Från: Johanna Morén  
Skickat: den 3 juni 2021 16:10  
Till: kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: [KBT-listan] Säsongsavslutning på BTF-salonger 23 juni!

Hej kära medlemmar!  
Så efter krevad av salonger i samband med jubileum och med fortsatt tillströmning i april och maj kände jag mig lite som sista sträckan på maran. Något energilös hör jag mig själv säga till min arbetsgrupp – skulle vi inte ha en salong i juni också?

Vips kom ett förslag som likt ett trollslag fick energin att återkomma! Nu kommer jag spurta i mål för att två dagar senare hoppa groda på midsommar. Åh vad jag ser fram emot att ta del av Therése Sterners salong ”Beteendeanalys med svåra unga klienter” den 23 juni kl 18! Nedan klipper jag in länken som är tagen från hemsidan (alltså klicka här):

Klicka här  
Therése har lång klinisk erfarenhet av arbete med svåra unga klienter på behandlingshem. Idag är hon behandlingsansvarig på Orana Christianstad, Humana Individ och Familj. Hon kommer att prata om hur beteendeanalys kan användas inom behandlingsorganisationer för att behandla svår psykiatrik

problematik.  
Vi ses på salongen och sen blir det sommaruppehåll. I höst blir det fler salonger – det lovar vi!  
Somriga hälsningar från eder ordförande, Johanna Morén

-- Från: thomas.jernhag4  
Skickat: den 12 juni 2021 13:07  
Till: Johanna Morén; kbt-listan@googlegroups.com; thomas.jernhag4@gmail.com  
Ämne: RE: [KBT-listan] Säsongsavslutning på BTF-salonger 23 juni!

Hej.  
Jag skulle verkligen vilja lyssna på Therese, men är ni medvetna om att Sverige spelar mot Polen i EM samma dag och samma tid? Jag kan tänka mig att det finns fler fotbollsintresserade KBT are förutom jag som där ställs inför ett svårt val. Om dragningen av Therese spelas in så kan man ju se den i efterhand, annars kan man kanske byta dag? Kommer den spelas in?  
Mvh Thomas Jernhag

Från: Johanna Morén  
Skickat: den 13 juni 2021 23:06  
Till: Dan Katz; Martin Rahlén  
Kopia: thomas.jernhag4; kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: Re: [KBT-listan] Säsongsavslutning på BTF-salonger 23 juni!

Kära medlemmar!  
Då är säsongsavslutningen ändrad till tisdag 22 juni kl 18! Vilken tur att Therese kunde ändra så att man inte behövde välja mellan två spännande event på onsdagen! På tisdag vinner alltså Therese Sterner - ingen match! Hoppas att Sverige vinner mot Polen på onsdag.

-- Från: Johanna Morén  
Skickat: den 18 juni 2021 17:54  
Till: Dan Katz; Martin Rahlén  
Kopia: thomas.jernhag4; kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: [KBT-listan] Säsongsavslutning för BTF-salonger tisdag 22 juni med nytt tema!

Kära medlemmar!  
Är det inte det ena så är det det andra, sa flickan som blödde näsblod.  
Först fotbolls-em och nu fölande hästar! Therese behöver dessvärre skjuta upp sin salong till säsongspremiären i augusti eftersom hon behöver ha koll på föl som kan dyka upp tidigare än planerat. Spännande!  
Men säsongsavslutning blir det! Som den klippa och räddare i nöden han är kommer Lars-Göran Öst hålla en salong om ” Applied Tension: A specific coping technique for blood-injury phobia”.  
Det känns faktiskt högaktuellt i dessa vaccinationstider!

Varma sommarhälsningar, eder ordförande Johanna Morén

## BTF:s vetenskapliga tidskrift

Från: Per Carlbring  
Skickat: den 1 juli 2021 20:56  
Till: kbt-listan@googlegroups.com  
Ämne: [KBT-listan] Roliga nyheter från föreningens vetenskapliga tidskrift (CBT)

Nu har årets ”impact factor” släppts. Alltså en sammanfattande siffra på hur stort genomslag en tidskrift har (ju högre siffra desto bättre).

Här finns den nya siffran + lite jämförelser med närliggande tidskrifter för den som är intresserad:  
<https://www.carlbring.se/ny-impact-factor-cbt2021/>  
Spoiler: det går fortsatt bra :-)  
Mvh Per

--Från: kbt-listan@googlegroups.com <kbt-listan@googlegroups.com> För Tomasz Kunatowski  
Skickat: den 1 juli 2021 22:14  
Till: Per Carlbring <per@carlbring.se>  
Kopia: kbt-listan <kbt-listan@googlegroups.com>  
Ämne: Re: [KBT-listan] Roliga nyheter från föreningens vetenskapliga tidskrift (CBT)

Tack Per och ni andra som varit med och bidragit. Som en enkel kliniker glädjer jag mig åt den orange tidskriften i brevlådan varje gång den anländer. Den gör det ännu mer värdefullt att vara med i vår fina förening.  
Mvh  
Tomasz

--Från: Viktor Kaldo  
Skickat: den 2 juli 2021 16:07  
Till: ”Tomasz Kunatowski”; Per Carlbring  
Kopia: kbt-listan  
Ämne: SV: [KBT-listan] Roliga nyheter från föreningens vetenskapliga tidskrift (CBT)

Mycket roligt för föreningen och för Per och alla andra som kämpat med CBT genom åren! Snyggt jobbat!

Med vänliga hälsningar  
Viktor Kaldo, professor i klinisk psykologi, leg psykolog Linneuniversitetet, Fakulteten för hälso- och livsvetenskap, inst för psykologi Karolinska Institutet, Centrum för psykiatrforskning & Inst för klinisk neurovetenskap, Utvecklingsansvarig vid Internetpsykiatri.se, Psykiatri Sydväst, Stockholms läns sjukvårdsområde





## REGLERING AV KBT-LISTAN

- KBT-listan är en diskussionslista för Beteendeterapeutiska föreningen (BTF).
- Den grundläggande principen för BTF:s diskussionslista är att var och en som deltar har ett personligt ansvar för sina inlägg.
- Listans regler, lagen om ansvar för elektroniska ansvarstavlur samt respektive yrkes etiska principer reglerar innehållet på KBT-listan. Inom dessa regler, lagar och ramar är diskussionen fri.
- Utöver att beakta listans regler uppmanar styrelsen också till viss "netikett" - se längst ned.

### Diskussionslistans regler

- Inga patientutlämnande uppgifter får under några omständigheter skickas på listan. Med patientutlämnande uppgifter avses inte bara detaljerade uppgifter som kan identifiera en viss person utan även uppgifter av mer övergripande karaktär såsom ålder, kön, bostadsort och civilstatus. Beskriv alltså klientens problematik i helt avidentifierad form.
- Att efterlysa kompetens är legitimt och dessutom av intresse för listan som helhet. Där i ligger även specialkompetens vad gäller såväl kliniska områden, språk- och kulturkompetens, eller erfarenhet av specificerade åldersgrupper. Vid efterlysning av specifik kompetens; fråga efter behandlarens specifika kompetens och ange var i landet terapeuten skall verka. Formulera alltså ej en fråga där du efterlyser hjälp med en specifik patient. Förmedling av patientärenden skall aldrig ske via listan.
- Exempel på hur man kan formulera en fråga om en egen klient: "Hej Listan! Har en fråga gällande tvångssyndrom av något atypisk karaktär. Tvångshandlingarna är huvudsakligen av kovert karaktär och det finns ett samtidigt självskadebeteende som ibland fyller samma funktion som tvångshandlingarna. Efterlyser tips och råd om hur man kan lägga upp en bra E/RP-behandling."
- Exempel på hur man kan fråga efter en viss kompetens: "Hej Listan! Jag söker efter behandlare i X-området med erfarenhet av att behandla tvångssyndrom, även av mer atypisk karaktär. Maila mig så förmedlar jag kontakten vidare till berörd person."
- Bara den som har betalat annonsavgift till BTF får skicka reklam gällande vinstdrivande workshops, utbildningar och annat till listan. Att annonsera på mailinglistan är ett privilegium för de som köpt annonsplats i Beteendeterapeuten eller på föreningens hemsida. Plats- och terapirumsannonser får förekomma på mailinglistan.

### Netikett på diskussionslistan

1. Titta igenom ditt inlägg innan du trycker på sändknappen.
  - a. Står det rätt e-postadress i mottagarrutan? Grundinställningen för listan är att svaret går till individen. Vill du att alla medlemmar skall få ta del av innehållet så måste du själv "klippa och klistra" in listans epostadress [kbt-listan@googlegroups.com].
  - b. Är innehållet fritt från patientutlämnande uppgifter? Även uppgifter om en persons kön och ålder klassas som patientutlämnande uppgifter och får således inte förekomma i inlägg.
  - c. Angår svaret alla? Personliga svar, uppmuntran, eller att man också är intresserad av viss information behöver inte skickas till listan.
  - d. Är inlägget "trimmat", det vill säga, om du svarar på ett annat inlägg, har du tagit bort irrelevant citerad text? Kom ihåg att citerad text kan innehålla information som inte bör spridas vidare. Dessutom blir inlägget långt och rörigt om en mängd irrelevant text finns kvar.
  - e. Om du har bifogat en journalartikel, ett formulär eller en annan typ av material, se till att din bilaga inte är copyright-skyddad.
2. Visa vem du är. Om du gör inlägg på KBT-listan är det en god idé att tydligt berätta vem du är och hur folk kan nå dig. Namn, ort, yrke och e-postadress är bra, så att andra medlemmar kan svara direkt till dig.
3. Sök gärna efter svaret på din fråga i mailarkivet på Googlegroups (länk till höger). Kanske är frågan redan besvarad i en tidigare diskussion! Har du frågor om själva listan finns det stora möjligheter att även denna fråga redan har blivit besvarad. Ta för vana att alltid titta igenom FAQ/Svar på vanliga frågor innan du ställer en fråga.
4. Gå gärna ur listan om du ställt in ett "Out-of-office"-meddelande. Risken är att du skickar ett frånvaromail till listan för varje meddelande du får, och det blir i slutändan ganska många. Information om hur du går ur listan hittar du i FAQ:n.

### Konsekvenser vid avsteg från diskussionslistans regler

Styrelsen för BTF har en skälig uppsyn över listan. Om ett avsteg från en regel upptäcks kommer detta att påtalas i ett svarsinlägg som sänds till hela listan. Om avsteget kan bedömas vara uppsåtligt kan medlemmen stängas av en kortare period. Upprepar samma medlem avsteget så kan medlemmen stängas av resten av medlemsåret.

# BTF-salonger

## Hej alla kära medlemmar!

Äntligen dags för BTF-salonger igen efter sommarens uppehåll! Fortsatt på länk ett tag, men kanske att i tristaste november är vi redo för att mötas på plats de som kan.

### 30 augusti

Först ut är ju den efterlängtdade salongen med Therese Sterner om "Beteendeanalys med unga svåra klienter" som sköts upp i juni när den fick konkurrens av en häst som skulle föla. Den äger rum måndagen 30 augusti kl 19. Alltså en lite senare starttid nu när kvällarna ännu är lite ljusa.

### 19 oktober

Josefin Särholm kommer att prata om "KBT mot förmaxflimmer" den 19 oktober!

Därefter kommer flera salonger att dyka upp. Vi satsar på en i månaden. Föreläsare är klara, men datum inte helt spikade!

Och bara så att ni vet finns inspelningen av Lars-Göran Östs uppskattade salong "Applied Tension: A specific coping technique for blood-injury phobia" upplagd på hemsidan för medlemmar.

Med förväntansfulla hälsningar från eder ordförande,  
**Johanna Morén**



Foto: William Moreland/Unsplash



# Nu öppnar höstens kursanmälan!

Beteendeinriktad handledarutbildning  
för psykologer, Kurs A

Sista anmälningsdag  
30 september 2021

Begränsat antal platser

Utveckla dina färdigheter som handledare och få direkta användbara verktyg till pågående handledningsuppdrag. En kurs för psykologer med intresse att förfinna sina egna hjälpsamma handledarbeteenden, oavsett tidigare erfarenhet eller inriktning på handledning. Kursen fokuserar på att identifiera och öva handledarbeteenden som i forskning har visat sig mest effektiva för att få till en förändring.

#### Tid & Datum

7-8 oktober, 28-29 oktober, KI 9-15  
Examination: 26 November, KI 9-12

#### Anmälan

För mer information & anmälan besök  
[www.momentpsykologi.se/utbildningar/](http://www.momentpsykologi.se/utbildningar/)