

# Beteende terapeuter



Lyssna på forskningen!  
Lyssna på vetenskapen!

Debut för BTF-salongen i Stockholm  
Rapport från BTF:s medverkan i KAM-rapporten  
KBT ut ett barnperspektiv och Första linjen för barn och unga

# 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  
[johanna.moren@psykologpartners.se](mailto:johanna.moren@psykologpartners.se)  
Josef Neib, medlemssekreterare  
[bjf.medlemssekreterare@gmail.com](mailto:bjf.medlemssekreterare@gmail.com)  
Alexandra Arnberg, kassör  
[alexandra.arnberg@momentpsykologi.se](mailto:alexandra.arnberg@momentpsykologi.se)

## Övriga ledamöter

Katja Sjöblom  
[sjoblomkatja@gmail.com](mailto:sjoblomkatja@gmail.com)  
Christina Bergmark Hall  
[bergmark.tina@gmail.com](mailto:bergmark.tina@gmail.com)  
Anneli von Cederwald  
[anneli.von.cederwald@gmail.com](mailto:anneli.von.cederwald@gmail.com)  
Alexander Sävås  
[alexander.savas@gmail.com](mailto:alexander.savas@gmail.com)  
Emil Rosander  
[emil.rosander@wemindbvb.se](mailto:emil.rosander@wemindbvb.se)  
Jenny Hulterström  
[jenny.hulterstrom@psykiatripartners.se](mailto:jenny.hulterstrom@psykiatripartners.se)  
Christoffer Drougge  
[christoffer.drougge@gmail.com](mailto:christoffer.drougge@gmail.com)  
Alexander Stamou  
[alexander.stamou@gmail.com](mailto:alexander.stamou@gmail.com)  
Marina Järvinen Katz  
[marina.katzkbt@gmail.com](mailto:marina.katzkbt@gmail.com)  
Maya Österberg  
[maya.osterberg@gmail.com](mailto:maya.osterberg@gmail.com)

*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:

Styrelsesidor.....	4
9th World Congress of behavioural & Cognitive Therapy...	6
Primärvård i Stockholm, utbildning.....	9
KBT ur ett barnperspektiv.....	10
Första linjen för barn och unga.....	13
Klimatstrejk.....	14
Rapport från BTF:s medverkan i KAM-utredningen.....	16
Rapport från SfKBT's årskonferens.....	20
Ledare.....	24
Annonser.....	25

## Redaktionellt

### Hej alla medlemmar!

Här kommer Beteendeterapeuten nr 4-2019 med nyheter från Styrelsen, BTF-salongen, KBT-kongressen i Berlin, primärvården, klimatfrågan och KAM-utredningen, utredning om komplementär och alternativ medicin. På Årsmötet i mars här i Stockholm fick vi ta del av KAM-utredningen. Nu kommer här en mer detaljerad bild av arbetsgruppens mödosamma arbete. Det blir en speciell upplevelse att läsa att alternativa behandlingar för individer med lindrig och måttlig psykisk ohälsa kan användas om man bara lovar symptomlindring. Det innebär att t.ex. homeopati, healing, kristallterapi och andra möjliga KAM metoder enligt utredningens förslag kan vara fullt lagliga så länge utövarna inte gör anspråk på att de behandlar utan enbart håller sig till symptomlindring. Det blir problematiskt att använda begreppet symptomlindring både när det gäller evidensbaserade metoder och kvacksalveri. Det blir ett steg framåt och två steg bakåt.

Jag bad arbetsgruppen att komma med en hel artikel om detta viktiga ämne och tackar dem för deras insats. Det låter som att det finns mer att göra när det gäller att undertrycka vetenskaplighetens roll inte bara inom vårdområdena utom också när det gäller andra frågor t.ex. klimat.

Ungdomar demonstrerar för klimatet, för att man ska lyssna på vetenskapen, på forskningen. Många vuxna har börjat engagera sig mer i hur man hanterar planeten. Hur ska man bete sig? Vad kan man förändra? Hur tänker beslutsfattarna? Hur kan en avgörande förändring se ut? Är det att erkänna att det finns ett problem? Eller att respektera Paris-avtalet?

Primärvården är ett viktigt ämne och i detta nummer kan vi läsa om barn och ungdomar. Att tillämpa KBT och utveckla ett förhållningssätt kan kräva att man blir extra uppmärksam på hela barnets sammanhang.

Styrelsen har börjat arbeta med ett nytt koncept nämligen BTF-salong som blir en ny möjlighet för medlemmarna att träffas och lyssna på intressanta föreläsningar. Det har blivit en succé har vår ordförande skrivit på KBT-listan.

Johanna var också med på SfKBT:s årsmöte, DBT-dagarna och SWABA:s möte. Fortsättning följer!

Alejandro Muñoz Retamal  
Redaktör Beteendeterapeuten



## Inlärningspsykologi – psykologi för individen, gruppen och samhället

Manusstopp för nästa nummer: 10 januari 2020

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

Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Alejandro Muñoz Retamal – Lyssna på vetenskapen! Lyssna på forskningen!

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik



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

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

## BTF:s styrelses arbetshelg 2019-09-07, 2019-09-08

### Hej listan!

Här kommer en något försenad rapport från styrelsens arbetshelg den 7-8 september. Fokus under arbetshelgen var vad BTF ska vara för framtiden och många kreativa idéer lyftes! Bland annat är arbetet med en ny hemsida med nya plattformar i full gång och BTF-salong (som redan är en succé!) planerades.

Övriga punkter var bland annat;

- Ekonomi. Föregående årskongress är sammanställd med gott resultat och diverse leverantörsomställningar kommer att ge en god ekonomi framöver.
- Arbete med att förbättra rutiner för stipendier.
- Uppstart av arbete kring årskongress.
- Beslut om utökad närvaro på sociala medier.
- Utökad expertlista.

Hela protokollet finns som vanligt på hemsidan!

För styrelsen,  
Maya Österberg

## Nyhetsbrev från BTF:s styrelsemöte 2019-10-08

Väl mött i höstmörkret!

Nedan följer en sammanfattning av styrelsens senaste telefonmöte med utvalda punkter:

- Planering av utformning och innehåll i BTF-salong fortsätter. Utvärdering kommer att ske i december.
- Arbete pågår med att uppdatera expertlistan; nya experter har föreslagits och godkänts.
- Nya sociala medier kommer att öppnas under hösten: LinkedIn, Twitter och YouTube.
- Styrelsen har beslutat att revidera rutinen för stipendieutlysning och tilldelning.

Det fullständiga mötesprotokollet hittar ni som vanligt på BTF:s hemsida.

För styrelsen,  
Alexander Stamou

### Från KBT-listan: Nytt!!

#### Hej!

Nu introducerar vi konceptet **BTF-salong** som är en kombination av föreläsning och BTF-öl! Vi hoppas att det här blir ett vinnande koncept som lite bygger på Premacks princip! Man börjar alltså med en föreläsning kring något intressant ämne. Föreläsning pågår i en timme. Därefter går man till ett ställe i närheten för att umgås vidare över en öl eller annan önskad dryck. Vi vänder ju oss främst till våra medlemmar – men ta gärna med någon du tänker kan vara nyfiken. Och är du sugen på att tillämpa konceptet på din egen ort så hör av dig så kan vi vara behjälpliga! (Vi utvärderar i slutet av året och blir det populärt så fortsätter det nästa år!)

Det är alltså inte varje onsdag utan en gång i månaden på lite olika orter. Sådär i uppstart är det tre orter – men det kan bli fler! Jag blev lite otålig att komma ut med informationen eftersom den första är i Stockholm redan om två veckor! Tjoho!!!

**Stockholm** – sista onsdagen i månaden. Växlar mellan lokal på Luntmakargatan 49 (Psykologpartners) och Drottninggatan 99 (Moment Psykologi). Förslag på pub för öl efteråt är Queens Head på Drottninggatan 108

**Malmö** – första onsdagen i månaden. Lokalen ligger på Engelbrektsgratan 15 (Psykologpartners)

**Linköping** – första onsdagen i månaden. Lokalen ligger på St Larsgatan 3 (Psykatripartners)

Vänligen eder ordförande Johanna Morén

## Första BTF-salongen i Stockholm

Den första BTF-salongen gick av stapeln onsdag den 30 oktober. Kristoffer Pettersson föreläste om känslfobi. Ett 50-tal personer trängde ihop sig i föreläsningssalen och ett tiotal satt utanför. Ett intressant ämne som ledde till frågor och reflektioner! Det var inte endast stockholmarna där, utan personer hade rest från **Eskilstuna**, **Uppsala** och **Mora** för att delta! Glädjen över att träffas och nätverka gick inte att ta miste på.

Redan 27 november är det dags igen i Stockholm när Erik Andersson föreläser om ångest. Därefter juluppehåll och så blir det väl sista onsdagen i januari.

Erik Andersson, Legitimerad psykolog, Med Dr, Karolinska Institutet, Psykiatri Sydväst: Presentation av två studier där de har testat Olle Wadströms behandling vid överdriven oro och åltande. Erik kommer gå igenom hur behandlingen ser ut och visa resultat där de jämfört behandlingen med aktiv kontrollgrupp.

Andra salonger: **Malmö** och **Linköping** med föreläsningar om parterapi och TBA vid autism

/Johanna Morén, ordförande



# 9th World Congress of Behavioural & Cognitive Therapy

Text: Lis Johles, Heléne Semb  
Foto: Lis Johles

Kongressen ägde rum mellan den 17 och 20 juli 2019 i Berlin. Betendeterapeuter fick bilder och tre bidrag från kongressen. Lis Johles, leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare, skriver om en key-note med Christine Padesky och om sin poster om flexibilitet inom idrotten. Heléne Semb, leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare skriver om traumabehandling utifrån ett kognitivt perspektiv. The World Confederation of CBT samlar olika organisationer från olika delar av världen: Asien, Australien, Europa, Latinamerika och Nordamerika.

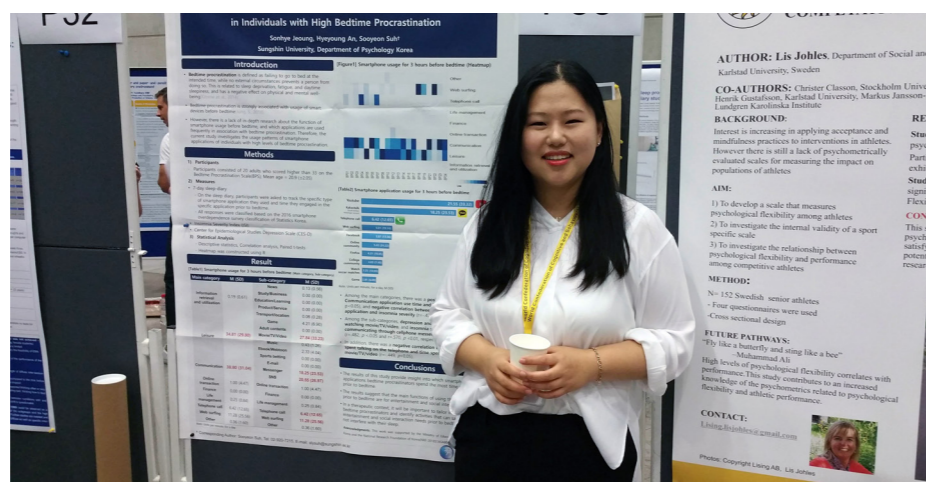
Tidigare kongresser har ägt rum i Danmark (1995), Mexico (1998), Canada (2001), Japan (2004), Spanien (2007), USA (2010), Peru (2013), Australia (2016), Tyskland (2019). Nästa kongress blir det i Sydkorea (2022).

Fragment av Christine Padeskys key-note i Berlin 2019. Aktiva observationer under sessionen.

Padesky betonar betydelsen av att lyssna på vad klienten säger men också vad klienten inte berättar. Viktigt att lyssna med äkthet, empati och med full uppmärksamhet på vad klienten tar upp. T.ex. om en klient har problem med nervositet i en samtalsituation så kan färdighetsträningen innehålla att behandlaren ställer sig upp i rummet och har en konversation under sessionen med klienten. Klienten kan återge sina upplevelser direkt i anslutning till övningen i rummet och behandlaren kan då direkt lyssna på klientens beskrivningar av sina tankar och känslor. Behandlaren kan också lyssna på sina egna erfarenheter av situationen och validerar det genom att säga ”jag hör hur nervös du var när vi började övningen och när vi började



Kongress i centrala Berlin.



Om procrastination.

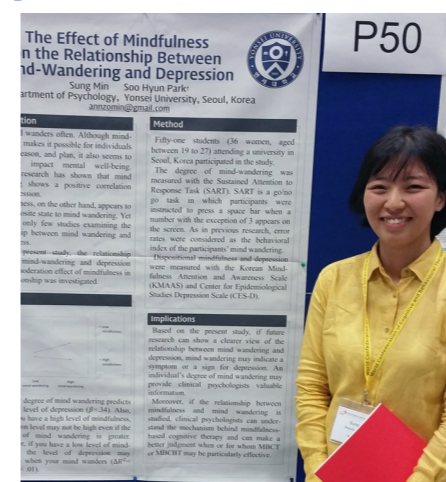
med konversationen men jag fick också intrycket av att du efter ungefär en minut eller så blev mer och mer bekväm med situationen. Hur stämmer det med din upplevelse?? På så vis kan behandlaren lyssna både med sina ögon, öron och hjärta menar Padesky. Vår feedback till klienten går också att stämma av med klienten i direkt anslutning till övningssituationen och därefter fråga hur klienten reflekterat kring den erfarenheten.

Padesky fortsätter med att ge exempel på hur hon försökte att öka sin förståelse kring klientens upplevelser av sig själv under sessionen. 1993 när Padesky inte var lika erfaren som nu, försökte hon ringa in viktiga grundantaganden under sessionen. Mycket har

händ sedan dess menar Padesky. Nu för tiden finns det en tydligare koppling mellan innehållet i grundantaganden och själva diagnosen menar Padesky och ger ett exempel med generell ångest och att hon numera lyssnar efter antaganden om kontroll och ovisshet. Med andra ord så blir det aktiva lyssnandet kopplat till vilka grundantaganden som är viktiga att ringa in. Padesky menar att hon har en speciell strategi i sitt lyssnande för hur hon plockar ut de grundantaganden som hon sedan väljer att använda via en Sokratisk dialog. 1993 var det vanligare med muntliga sammanfattningar av sessionen. Men nu år 2019 säger Padesky ”I really do believe if the summary isn't written down in therapy it didn't happen, so summaries should be written down”.



Lis Johles om psykologisk flexibilitet och prestation bland elitidrottare.



Mindfulness och depression.

Att notera exakt vad klienten säger Ett annat råd som Padesky ger oss är när vi vill förbättra samarbetet och utforskandet med våra klienter är att alltid skriva ner exakt de ord och bilder som klienten använder. Padesky berättar om när hon under 70-talet som ung student undervisade vid UCLA inom området konsultation och samtal. Då var det viktigt att parafraas klienten och att överdriva lite. T.ex. om klienten säger

“I really had a difficult week, I have been struggling”, så skulle studenterna lära sig att inte vara en papegoja och återupprepa bara det klienten sa. I stället skulle behandlaren säga ”åh så det har varit en utmanande vecka för dig” och om studenten lärde sig



Kongressdeltagare.

att använda den tekniken så ansågs det vara ”excellent psychotherapy”. Men numera har Padesky ändrat sin uppfattning kring vad ett bra aktivt lyssnande är, nu säger hon till studenterna att de ska vara en papegoja. Alltså om klienten säger ”jag hade en jobbig vecka” såg då inte ”så det var tufft för dig” utan ”du hade en jobbig vecka”.

Behandlaren s anteckningar kan användas tillsammans med klienten så att hen kan ringa in och belysa vad som var viktigast under sessionen. Därefter får klienten skriva ner det viktigast med sin egen handstil och ta med sig anteckningarna hem. På så vis blir klientens berättelse både en självvalidering och en förstärkning av egna reflektioner och upplevelser i rummet. Med den metodiken kan klientens hemuppgifter bli mer intressanta att göra och dessutom tilldelas klienten ett eget ansvar över innehållet när hen på egen hand har formulerat det faktiska innehållet i texten. Det finns forskning om hur anteckningar som skrivs ner för hand leder till ett mer avancerat processande av texten som skrivs ner.

acceptance and mindfulness interventions in athletes. However, there is a lack of sport-specific psychometrically evaluated scales to measure the impact of these interventions. The present study describes the development of a new measure, the Psychological Flexibility in Sport Scale (PFSS). Its validity was tested in two studies. In the first study with 152 elite athletes from various sports, an explorative factor analysis was used to evaluate the validity of the scale, and one factor emerged with seven items. A significant correlation between

Dessutom fungerar minnet bättre via handskrivna anteckningar. Kunskapen integreras och förankras även bättre via handskrivna anteckningar menar Padesky. Därefter fortsätter den berikande och stimulerande föreläsningen som återspeglade Padeskys praktiska och empatiska perspektiv på tillämpning av kognitiva metoder. /Vid pennan, Lis Johles.

Lis Johles:s abstract om Psykologisk flexibilitet och prestation inom friidrott:

Abstract  
There is increasing interest in applying acceptance and mindfulness interventions in athletes. However, there is a lack of sport-specific psychometrically evaluated scales to measure the impact of these interventions. The present study describes the development of a new measure, the Psychological Flexibility in Sport Scale (PFSS). Its validity was tested in two studies. In the first study with 152 elite athletes from various sports, an explorative factor analysis was used to evaluate the validity of the scale, and one factor emerged with seven items. A significant correlation between

**Hon framhöll inte CPT som den bästa behandlingen utan en av flera evidensbaserade behandlingar, vilket jag tycker är sympatiskt.**

psychological flexibility, performance, and quality of life were found. Moreover, the PFSS was significantly negatively associated with age, number of years in sport, and number of years as an elite athlete. In the second study, the confirmatory factor analysis with a new population (252 athletes) supported the one-factor solution. In conclusion, this study demonstrates a scale for measuring psychological flexibility in a broad range of athletes with satisfying psychometric properties with the potential to be a useful instrument for both researchers and clinicians in the sport field.

Key words: Acceptance, psychometric evaluation, performance, quality of life, psychological flexibility.

\*Lis Johles, Department of Social and Psychological Studies, Karlstad University, Sweden

Henrik Gustafsson, Department of Pedagogical Sciences, Karlstad University, Sweden

Markus Jansson-Fröjmark, Centre for Psychiatry Research, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Christer Classon, Department of psychology, Stockholm University, Sweden

Jon Hasselqvist, Department of psychology, Stockholm University, Sweden

Tobias Lundgren, Centre for Psychiatry Research, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

\*Correspondence concerning this article should be addressed to Lis Johles, Department of Social and Psychological Studies, Karlstad University, 651 88 Karlstad, Sweden.  
Email: Lising.lisjohles@gmail.com

### Helene Semb:s artikel om Cognitive Processing Therapy:

Jag var på den första av Edna Foas workshops i Stockholm, då hon presenterade Prolonged Exposure. En del behandlare tycks ha föreställningen att PE är den behandling med bäst evidens men det finns fler evidensbaserade behandlingar för PTSD bland annan CPT, Cognitive Processing Therapy. Då jag inte hört talas om CPT och såg att Patricia Resick skulle hålla en workshop i Berlin, anmälde jag mig.

Titeln på hennes workshop var varierad längd vid PTSD behandling utifrån CPT men vi fick presenterat en god översikt av behandlingen. Hon framhöll inte CPT som den bästa behandlingen utan en av flera evidensbaserade behandlingar, vilket jag tycker är sympatiskt.

I den ursprungliga behandlingen fanns en exponeringsdel, "Written Accounts", WA, med. I en dismantling studie jämfördes resultatet mellan CPT med WA respektive CPT utan WA (Resick et al., 2008). Resultatet visade ingen fördel för CPT+WA. Vid CPT (utan WA) blev förbättringen tidigare i behandlingen. Den snabbare förbättringen kan kanske förklara skillnaden i drop out, 34 % i CPT+WA respektive 22% i CPT. För patienter med högra grad av dissociation, rekommenderade Resick dock CPT+WA. Den ursprungliga behandlingen är 12 sessioner men den administreras idag med varierad längd, utifrån patienters behov. Maximalt 20 sessioner. Förändringen genomfördes efter en studie (Galovski et al., 2012), vilken visade att avslut av terapin,

utifrån patienters progress, istället för ett förutbestämt antal sessioner, förbättrade utfall.

Behandlingen inleds med psykoedukation om vanliga reaktioner vid trauma. Därefter identifieras och utmanas icke hjälpsamma antaganden kring index traumat, så kallade "stuck points". I den senare delen av behandlingen adresseras: tillit, säkerhet, kraft och kontroll, självkänsla samt intimitet.

Hur kommer känslorna in i CPT? Resick delar upp känslor i två typer. Naturliga känslor som härrör från traumat och tillverkade känslor som producerats av antaganden efter traumat. Naturliga känslor behöver patienter tillåta sig att känna och låta känslorna följa sitt naturliga förlopp. Producerade känslor, till exempel "det var mitt fel", skuldkänslor, behandlas genom att angripa patienters antaganden.

Resick framhöll att terapeuter som bedriver CPT behöver ha en god färdighet i Sokratis dialog och adressera assimilerade "stuck points" (dåtid om traumat, "jag skulle ha") före över accommodation (nu och framtiden, "ingen går att lita på"). Slutligen var Resick kritisk till att erbjuda stabiliserande behandling före PTSD behandling. Vid en genomgång av om patienter behöver erbjudas en stabiliserande fas före behandling av komplex PTSD, fann man att evidensen för det är metodologiskt begränsat (De Jong, A et al., 2016). Hon menade också att terapeuter kan förmedla till patienter att de är för sköra för att kunna genomgå PTSD behandling. Behandlings protokollet finns att läsa (Resick, Monson & Chard 2017)

# Primärvård i Stockholm, utbildning

Kompetenscentrum för psykisk ohälsa i primärvården vid Gustavsbergs vårdcentral erbjuder under hösten 2019 en serie utbildningstillfällen som syftar till att ge kunskap om hur primärvården kan erbjuda evidensbaserad behandling för de vanligaste tillstånden.

Vi repriserar utbildningsserien från i våras med tillägg av en utbildningsdag om behandling av oro och åltande/GAD. Bifogat finns också en närmare beskrivning av innehållet i den utbildningsdagen. Sprid gärna informationen till nya kollegor!

I utbildningsserien ingår både diagnosspecifika behandlingsmetoder (KBT) samt en introduktion till hur primärvården kan effektiviseras genom användning av en stegvis vårdmodell.

Utbildningarna är kostnadsfria och riktar sig till kliniskt verksamma psykologer, kuratorer och annan personal med psykosocial kompetens i husläkarverksamhet inom Region Stockholm. Vi bjuder på lunch och fika!

Mer info: <https://www.kompetenscentrumpsyiskohalsa.se/utbildning/stegvis-varld/>

Anmälan: <https://forms.gle/ds3VTktVW4KQg5NRA>

Med vänlig hälsning,

**Daniel Björkander**

Leg psykolog  
Gustavsbergs vårdcentral  
08-123 395 05



Barbara Westertaklax, Jan Martens och Helena Silfverstolpe från Helsa vårdcentral deltog i en utbildningsdag.

### Referenser Cognitive Processing Therapy:

De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., . . . Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for Complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359-369.

Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of Cognitive Processing Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 968-981. doi:10.1037/a0030600

Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 243-258.

Resick, P. A., Monson, C. M., Chard, K.M., (2017). Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual. New York, NY: Guilford Press.

**OBS!**

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

Maila ditt alster till

[alemuno675@gmail.com](mailto:alemuno675@gmail.com)



**Li Wolf**

Du 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.

Save the date!

**Nästa Årskongress: Linköping 13-14 mars 2020**

# KBT ur ett barnperspektiv

## – förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete

Text: Anna Rosengren,  
Foto: Luz Fuertes/Unsplash

**Inledning**  
*KBT ur ett barnperspektiv, förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete* – så heter min nyligen utgivna bok. Men varför heter den så, och varför har jag skrivit den? Den första frågan är enklast att besvara. Den heter så för att boken helt enkelt är en handbok i hur man jobbar med KBT utifrån ett barnperspektiv. Och för att den visar hur förhållningssätt och anpassningar gör

### Nyutbildade psykologer är ofta bra på KBT, men de har inte fått lära sig hur de anpassar behandlingen till barn.

att man lyckas i psykiatriskt arbete med barn. Mer om barnperspektivet snart. Det korta svaret på den andra frågan – varför jag har skrivit den här boken – är för att ingen annan har gjort det. Barnpsykiatri är ett så komplext område att rena metodböcker eller forskningsgenomgångar inte räcker. Det finns inte heller tillräckligt mycket forskning för att täcka alla områden. I arbetet behöver man därför utgå ifrån principer istället för manualer. KBT-principer som appliceras brett istället för manualer som riktar in sig på enskilda symtom eller tillstånd.

När jag för några år sedan handledde på BUP såg jag hur nya psykologer kämpade för att få ordning på de olika delarna i bedömning och behandling. Delar som ser annorlunda ut när man möter barn med familjer jämfört med när man möter en enskild vuxen. Hur gör man när föräldrar och barn beskriver olika saker? Hur gör man när barnet inte kan förklara? När tonåringen inte vill prata? När barnet inte vågar genomföra en exponering? Det är inte mycket av detta som ingår i psykologprogrammet, nästan inget faktiskt.

Nyutbildade psykologer är ofta bra på KBT, men de har inte fått lära sig hur de anpassar behandlingen till barn, vilka förutsättningar barn har eller hur de för samtal med barn och föräldrar. För att kunna bedriva KBT behöver man nå fram, få sin patient att förstå och våga. När man jobbar inom barnpsykiatri innebär det att nå fram till både barnet och föräldrarna, att få alla man möter att känna sig validerade och förstå vad och hur de ska göra. Detta är en hel vetenskap i sig och utan den är det svårt att lyckas inom barnpsykiatri.

Min bok har fokus på just den kunskapen. Den beskriver hur arbetet inom barnpsykiatri går till i

praktiken. Jag har också genomgående fört fram vad jag tycker är viktigt när man möter barn och tonåringar inom barn- och ungdomspsykiatri, nämligen barnperspektivet.

### Vad är ett barnperspektiv och varför är det så viktigt?

FN:s barnkonvention blir i januari svensk lag. Vi blir därmed tvungna att följa barnkonventionen. Men utöver att lagen säger att vi ska ha ett barnperspektiv är det framför allt viktigt för att värden av barn och tonåringar ska bli etiskt försvarbar och effektiv. Om vi inte utgår från barnets behov och synsätt fungerar behandlingen alltför ofta inte. Behandlingen behöver anpassas för att barnet eller tonåringen ska klara av att genomföra den. Om de upplever att samtalet inte är för deras skull kan det även leda till att de inte vågar berätta om svåra saker som är nödvändiga för att vi ska förstå problematiken.

Vi behöver alltså utgå från barnets perspektiv både för barnets och vår skull.

Att ha ett barnperspektiv innebär att alltid utgå ifrån barnets behov och barnets bästa när man fattar beslut som berör barnet. Psykiatriska bedömningar och behandlingar berör barnet i allra högsta grad. Att ha ett barnperspektiv i detta sammanhang kan tyckas självklart och få argumenterar nog emot det. Nästa steg är dock att veta hur man gör för att ha ett barnperspektiv i bedömning och behandling. Vad är viktigt att tänka på? Hur vet man vad som är barnets behov? Hur vet man vad som blir bäst för barnet på kort och på lång sikt? På psykologprogrammet får vi lära oss om diagnostik och vilka behandlingar som har evidens för vilka tillstånd, samt hur dessa behandlingar genomförs. För vuxna. Men hur genomför man de evidensbaserade behandlingarna på barn? Och hur gör man en bedömning av någon som inte kan beskriva sin situation på samma sätt som en vuxen?

När vi möter vuxna patienter ber vi dem beskriva sin situation och sina symtom. När vi träffar barn finns det vuxna runtomkring som beskriver hur barnet har det och hur barnet beter sig och verkar må. Det är nödvändigt för bedömningen. Lika nödvändigt är dock att få del av barnets version och upplevelse. Föräldrarna kommer beskriva det de ser och anser, men vi måste få barnets bild för att kunna dra några slutsatser. Så vi ställer frågor till barnet om de saker föräldrarna eller andra vuxna beskriver. Men räcker det?

Det är här vi måste sätta oss in i barnets situation, ta barnets perspektiv. Det är skillnad på att ställa frågor till ett barn jämfört med att ge barnet möjlighet att uttrycka vad hen tycker, tänker och känner. Barn har inte samma

förutsättningar som vuxna att sätta ord på tankar och känslor eller att beskriva utsatthet. Barn befinner sig dessutom i en beroendesituation till både dig som psykolog och till föräldrarna. För att tillvarata barnets rättigheter behöver vi i möjligaste mån jämna ut beroendeställningen och underlätta för barnet att delta i både bedömning och behandling. Ett första steg för att göra detta är att låta barnet veta att hen kan lita på dig, att du förstår, kan hjälpa och är på hens sida. I boken beskrivs hur du gör detta i ord och i handling.

Ytterligare sätt att underlätta för barnet att delta i bedömningen kan se olika ut. För vissa är det okomplicerat att komma till psykiatri och då behövs det inte mycket, men för andra är det svårare, och för deras skull behöver vi alltid anstränga oss. Enkla saker vi kan göra för att tillvarata barnperspektivet är att prata enskilt med alla barn som kommer till psykiatri (så länge det inte finns en god anledning att inte göra det), att alltid ställa frågor om våld och övergrepp och att alltid lyssna och ta det barnet säger på allvar.

För att underlätta under behandlingsfasen behöver du anpassa takt och omfattning av stöd till barnet. Du behöver ge en barnanpassad rational och beskriva det ni ska göra med ett språk som barnet förstår och på ett sätt som avdramatiserar och helst gör det roligt. Barn som kommer till psykiatri behöver få känna sig kompetenta och stärkta. De behöver få adekvat behandling för sina symtom och en positiv upplevelse av att söka hjälp. Hur du uppnår det, och många andra saker som underlättar och hjälper barn som behöver psykiatrisk behandling, beskriver jag i min bok.

### Syfte och innehåll

Syftet med boken är att beskriva för läsaren hur arbetet inom psykiatri går till och att visa ett förhållningssätt som vanligtvis underlättar arbetet samt strategier att använda när man möter utmaningar.

De flesta KBT-terapeuter vet vilka mekanismer som är de verksamma i en behandling och vad vi vill åstadkomma tillsammans med patienten. Mindre har vi fått lära oss om hur vi får patienten att delta, och framför allt när patienten är ett barn. I min bok beskrivs hur man anpassar KBT till barn och tonåringar, till exempel hur man på olika sätt job-



bar med förstärkning, eller hur man får barnet att samarbeta trots att hen är rädd eller först inte vill. Det beskrivs också hur man involverar föräldrarna i behandlingen och hur man arbetar med beteendeförändring hos både dem och barnet när det är relevant.

Förhållningssättet som är genomgående i boken är att utgå ifrån barnets perspektiv och barnets bästa. Vi behöver visa i ord och handling att vi är på barnets sida. Vi behöver visa att vi utgår ifrån att alla barn, tonåringar och familjer är begripliga och gör sitt bästa utifrån sina förutsättningar. Validering, acceptans och förändring kan sägas vara ledord.

Med denna inställning kommer man långt, men inte hela vägen. Därför beskrivs också olika strategier man kan ta till när man stöter på utmaningar. Ofta beskrivs interventioner i dialogexempel för att visa hur samtalet kan gå till, och med efterföljande förklaringar.

Boken är uppdelad i olika delar, de första utifrån barnets ålder och därefter utifrån utmärkande aspekter inom barn- och ungdomspsykiatri. De åldersindelade kapitlen är uppdelade i bedömning och behandling. Där beskrivs vilka olika delar en bedömning består av och hur man genomför bedömningen på ett barnanpassat sätt. I behandlingskapitlen beskrivs hur man anpassar KBT till olika åldrar, men också hur man hanterar olika hinder eller utmaningar som kan komma längs vägen. Det kan handla om enkla saker

som att fråga igen om bilden inte går ihop, till mer avancerade tekniker som att föra över barnets känsla av kompetens från ett område till ett annat för att hen ska våga genomföra en exponering. Efter de åldersindelade kapitlen följer ett antal kapitel som bland annat handlar om hur man arbetar med föräldrar, med familjer som bråkar, neuropsykiatriska utredningar, suicidalitet, trauma och barn som far illa samt ett avsnitt om psykologens egna reaktioner.

Således tas grundläggande tillvägagångssätt och principer upp, men också de tillstånd, lägen och situationer som är svåra att hantera som psykolog. Situationerna kan vara svåra för att det inte finns någon tydlig KBT-modell för behandling, eller för att försök till behandling med KBT hittills inte har fungerat. Stort fokus ligger på de patienter som kräver mer av psykologen för att klara av att delta.

### Varför behövs den här boken?

Barnpsykiatri är i kris. Det är långa väntetider, otillräckliga resurser och den ena larmrapporten efter den andra dyker upp. Bilden som förmedlas i media och debatt är mörk. Denna mörka bild som förs fram är en sanning, men det finns också en annan. Den andra verkligheten består av alla engagerade medarbetare som gör stor skillnad i barn och ungdomars liv. Av alla de barn som faktiskt får hjälp och av alla de som arbetar hårt för att de ska få det. Denna andra sanningen handlar också om hur roligt och givande det

**Barnpsykiatri är i kris. Det är långa väntetider, otillräckliga resurser och den ena larmrapporten efter den andra dyker upp. Bilden som förmedlas i media och debatt är mörk. Denna mörka bild som förs fram är en sanning, men det finns också en annan.**

är att arbeta med barn och tonåringar. Hur man har stor möjlighet att hjälpa barn som är naturligt inställda på framåtskridande i och med att de befinner sig i utveckling.

Jag vill med innehållet i min bok visa hur givande och intressant det kan vara att arbeta som psykolog, samtidigt som jag vill ge stöd och hjälp för att underlätta arbetet. I och med de brister som finns inom barnpsykiatri är det många psykologer som slutar. Men vi psykologer behövs för att barn ska få den vård de behöver. Det är vi som har kunskap om utvecklingspsykologi, om hur personlighet, neuropsykiatriskt fungerande, trauma, familj, skola, vänner och andra faktorer påverkar psykiatriska tillstånd i olika åldrar. Det är vi som kan bedriva KBT och som har förståelse för vilka anpassningar som

behöver göras. Vi behöver föra fram hela denna kunskap som är KBT, inte bara manualerna.

#### Vad är KBT?

Ibland verkar det finnas en föreställning att KBT endast är manualbaserade behandlingar. Det verkar finnas en missuppfattning att bara för att KBT är utvärderat med hjälp av manualer måste KBT bedrivas enligt dessa manualer i klinisk verksamhet. Jag anser att KBT är så mycket mer än alla sammanlagda manualer. KBT är ett sätt att förstå känslor, reaktioner och beteenden, att se dem ur ett inlärningsperspektiv, och i de fall som de blir destruktiva använda inlärningsteori för att ändra på dem. KBT är mycket enkelt, och det kan också vara mycket svårt. Vi som arbetar med KBT måste förtydliga att KBT inte bara innebär att

följa en manual utan att det krävs djupare kunskap, annars gör vi oss utbytbara mot utbildad personal.

Jag vill i min bok visa att KBT går att använda på ett genomgripande sätt, inte bara på patientens symtom utan också för att få patienten att stärkas, att samarbeta och utvecklas. Jag vill visa att teorin går att applicera på hela familjer och på de flesta utmaningar du kommer att möta. Framför allt vill jag visa hur du anpassar KBT så att det gagnar barnets mående och utveckling, oavsett problematik och övriga förutsättningar.

*Anna Rosengren är legitimerad psykolog, KBT-handledare, blivande specialist i klinisk psykologi och verksam vid Familjepsykologerna.*

# Första linjen för barn och unga

Text: Annah Hydman och Liv Lagerholm

Den psykiska ohälsan hos unga har gradvis ökat i Sverige de senaste decennierna. Barn och ungdomspsykiatri (BUP) har i många delar av landet varit överbelastad och haft svårt att möta det stora behov som finns. För att avlasta BUP och för att hitta ett sätt att möta behovet hos barn och unga i ett tidigt skede har Sveriges kommuner och Landsting under 2000-talet arbetat för att utveckla en primärvårdsnivå för barn och unga med psykisk ohälsa, eller med risk för att utveckla sådan. Första linjen för barn och unga har blivit ett gemensamt namn för verksamheter som riktar sig till barn 0 till och med 17 år, med mild till måttlig psykisk ohälsa. Hur man valt att organisera Första linjen ser olika ut i olika delar av landet. Uppdraget kan vara förlagt till kommun, landsting eller som delat huvudmannaskap.

Det är många barn och familjer som efterfrågar den hjälp som första linjen

erbjuder. Områden som familjer söker för är bland annat oro och rädslor hos barnet, nedstämdhet, stress, konflikter, ADHD, eller med önskemål om stöd i föräldrarollen. Trots satsningar på fler mottagningar är behovet hos patienterna stort och trycket på mottagningarna ofta högt. Uppdraget kräver att man snabbt kan känna igen olika problemområden och att man vet vilka insatser som är lämpliga som ett första steg. Det kräver hög kompetens och kunskap samt ett strukturerat förfarande. Det gäller att kunna kartlägga, bedöma, ge adekvat behandling på relativt kort tid. Eftersom många familjer kommer i ett tidigt skede, är motiverade att arbeta med förändring och har ett socialt nätverk bakom sig, upplever dock många behandlare att man på relativt kort tid kan göra stor skillnad för barnet och familjen. Kanske är det också just därför som det blivit så attraktivt att arbeta i första linjen. Allt fler psykologer söker sig från andra verk-

samheter till första linjen och många mottagningar organiserar sig på nytänkande sätt. Första linjen är fortfarande i sin linda och har en spännande resa framför sig.

#### Om boken

Boken *Första Linjen för Barn och unga- psykologisk behandling på primärvårdsnivå* ger på ett samlat, kortfattat och konkret vis stöd för hur man kan arbeta med psykologisk behandling i Första linjen, men den kan också vara ett stöd i arbete med barn och unga i andra verksamheter, såsom BUP. Bokens målgrupp är, förutom behandlare, studerande på utbildningar inom psykologisk behandling och psykoterapi. Boken är främst utformad som en vägledning med fokus på praktiska verktyg. En kortare teoretisk bakgrund följs av förslag på interventioner som kan tillämpas vid varje område. Till boken finns ett gediget material i form av handouts och formulär som stöd i behandlingen.

## BTF:s Årskongress 2020

### När? 13-14/3-20

### Var? i Linköping

Förnya ditt medlemskap genom att sätta in 600 kr på BTF:s plusgirokonto: 850983-8

**Allt fler psykologer söker sig från andra verksamheter till första linjen och många mottagningar organiserar sig på nytänkande sätt.**



# Klimatstrejk fredag den 27 september

## Lyssna på vetenskapen! Lyssna på forskningen! Rädda planeten nu!

Dagspress 2019-09-18

Greta Thunberg pratar inför den amerikanska kongressen. Hon vill att politiker inte lyssnar på henne utan på vetenskapen, på forskarna och vidtar verkliga åtgärder. Hon har hänvisat till en rapport från FN:s klimatpanel om hur jorden påverkas av 1,5 graders uppvärmning (DN, Aftonbladet).  
2019-09-23

Några dagar senare pratade hon inför FN:s klimatmöte. Det var ett känsloladdat tal (SVTplay.se). Donald Trump (USA) ironiserade hennes intervention. Angela Merkel (Tyskland) tyckte att hon var överdriven pessimist, Emmanuel Macron (Frankrike) sade att han blev tagen av Gretas emotionella tal inför FN (SVT Nyheter, Expressen).

2019-09-26

Greta Thunberg skriver på twitter: Ärligt talat förstår jag inte varför vuxna skulle välja att spendera sin tid på att håna och hota tonåringar och barn (Aftonbladet).

2019-09-27

Strejk för klimatet över hela världen. I Stockholm samlades både ungdomar och vuxna på Kungsträdgården men det var klimatdemonstrationer från Kiruna till Malmö. Lyssna till forskningen! Ändra systemet och inte klimatet! Vi har bara en planet! Science not silence! (UNT, Svenska Fridays for future).

2019-09-28

Emmanuel Macron (Frankrike) sade att han blev tagen av Gretas emotionella tal inför FN men några dagar senare anklagade han Greta Thunberg för att motverka vårt samhälle med sina radikala åsikter. Greta Thunberg och 15 andra unga klimataktivister anmälde Frankrike, Tyskland, Brasilien, Argentina och Turkiet till FN:s barnrättskommitté för att dessa länder förnekar klimatvetenskap. Macron tycker att klimatstrejkande ungdomar bör fokusera på de länder som står i vägen i dagsläget (Expressen).

2019-10-02

Vladimir Putin (Ryssland) säger att Thunberg är en manipulerad tonåring. (Reuters, Expressen, SVT Nyheter).

2019-10-02

Björn Ulvæus skriver att Greta Thunberg är en tjej som utmanar patriarkatet och flera världsledare och beskriver henne som en positiv förebild, en välsignelse jämfört med ytliga influerare (UNT, debattinlägg som skickades till TT).

2019-11-01

FN:s klimatmöte COP25 flyttas till Madrid på grund av de politiska oroligheterna i Chile. Mötet skulle hållas i Santiago den 2-13 december. Spanien har erbjudit Greta Thunberg hjälp för att korsa Atlanten tillbaka (SVT Nyheter).

Foto: Alejandro Muñoz Retamal





# Ett steg framåt, två steg bakåt!

- Rapport från BTF:s medverkan i Komplementär och Alternativ Medicinutredningen, KAM

Text: Tomasz Kunatowski, socionom, leg psykoterapeut, handledare.

Alexander Rozental, leg psykolog, fil dr.

Li Wolf, socionom, leg psykoterapeut, medicine magister

Foto: Sarah Brown/Unsplash

Under våren 2018 kontaktades Bete- endeterapeutiska föreningens (BTF) styrelse av Dan Katz gällande en utredning som hade initierats av Socialdepartementet på inrådan från regeringen. Ämnet gällde så kallad komplementär och alternativ medicin och vård, det vill säga behandlingsalternativ som ges utanför hälso- och sjukvårdens område, till exempel homeopati. Utredningen gick under benämningen KAM (komplementär och alternativ medicin). Frågan till BTF gällde huruvida man skulle engagera sig för att framföra sina synpunkter till utredningen, något som diskuterades i styrelsen. KAM-utredningen ansågs som viktig för BTF att engagera sig i då det ligger i föreningens tradition att engagera sig så att individer med psykisk ohälsa tillhandahålls evidensbaserad psykologisk behandling. Detta utmynnade i att Li Wolf tillsattes som sammankallande för en arbetsgrupp bestående av Tomasz Kunatowski och Klara Edlund (samtliga då sittande i styrelsen). Vi beslutade

**Idag finns det således inte någon särskild regel, som förbjuder annan än hälso- och sjukvårdspersonal att behandla personer med psykisk sjukdom.**

även att tillfråga Alexander Rozental (då utanför styrelsen) eftersom hans forskningsområde om negativa effekter vid psykologisk behandling bedömdes relevant för arbetet. Kontakt etablerades därefter med Kjell Asplund, regeringens särskilde utredare, varpå BTF blev inbjudna till ett möte på Socialdepartementet för att framföra sina åsikter under hösten 2018.

Dagens lagstiftning bygger till stora delar på Kvacksalveritutredningens betänkande Lag om rätt att utöva läkekonsten (SOU 1956:29) som resulterade i lagen (1960:409) om förbud i vissa fall

mot yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Denna gäller fortfarande till största del, men återfinns idag i Patientsäkerhetslagen (2010:659). Efter 1960 har det funnits tre stora statliga utredningar som har försökt att hantera frågan om en uppdatering på området: Alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60), Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. (SOU 1996:138) och Patientsäkerhetsutredningen (SOU 2008:117). Dessa har bland annat föreslagit vissa förändringar av tidigare lagstiftning, men inga av de föreslagna ändringarna har genomförts mer än att bestämmelserna om utredning och behandling utförd av andra än hälso- och sjukvårdspersonal flyttats från en separat lag till lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) och från 2010 till Patientsäkerhetslagen.

Gällande psykisk ohälsa mer specifikt fick Socialstyrelsen 1999 i uppdrag att utreda behovet av en ny samlad lagstiftning på området beträffande verksamheter såväl inom som utanför hälso- och sjukvårdslagen. Myndigheten fann då inte tillräckliga skäl till att införa några ändringar samtidigt som man ansåg att det fanns svårigheter i att avgränsa de patientgrupper som skulle kunna ha nytta av dessa ändringar. Detsamma gällde att kunna särskilja de diagnoser och metoder som används på området. Istället hänvisade man till den mer övergripande lagstiftningen på området vad gäller straffansvar om den som bedriver verksamhet utanför hälso- och sjukvården tillfogar skada eller framkallar fara för skada. Nuvarande lagstiftning som reglerar

förhållanden inom hälso- och sjukvården, inklusive psykiatri, styrs av mer än 250 författningar. Bestämmelserna syftar till att skapa ett underlag för en behandlingseffektiv och patientsäker vård. Den centrala lagstiftningen finns idag reglerad inom 3 lagar: Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientlagen (2014:821) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) som innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. De generella begränsningarna för utövandet återfinns i 5:e kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659) som reglerar rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Där finner man ett flertal förbud, däribland förbud att behandla eller lindra smittsamma sjukdomar listade i Smittskyddslagen, liksom att behandla cancer, epilepsi eller tillstånd som har att göra med havandeskap eller förlossning. Vidare ingår förbud kring att undersöka eller behandla någon under bedövning, injektion av bedövningsmedel eller under hypnos. Enligt denna lag får man inte heller behandla barn under 8 år, använda sig av strålning eller prova ut kontaktlinser.

I dag finns det således inte någon särskild regel, som förbjuder annan än hälso- och sjukvårdspersonal att behandla personer med psykisk sjukdom, oberoende allvarlighetsgraden. Det som finns är generella straffbestämmelser i 10 kap. 6 § Patientsäkerhetslagen som gäller alla tillstånd och diagnoser som innebär att en person som inte omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år om den behandlade tillfogas en skada som inte är ringa eller om fara för en sådan skada framkallas.

KAM-utredningens uppdrag handlade om att se över vilken information som ges till allmänheten gällande KAM (komplementär och alternativ



medicin) och KAV (komplementär och alternativ vård), att etablera en policy beträffande att införa KAM-metoder i hälso- och sjukvården, att rekommendera insatser för att förbättra förståelsen mellan hälso- och sjukvården och den komplementära och alternativa vården samt att föreslå åtgärder för att stärka den vårdsoökandes ställning och patientsäkerhet.

I ett tidigare delbetänkande (SOU 2019:15) redovisade utredaren de uppdrag som handlade om information till allmänheten om KAM och KAV och policy för att föra in KAM-metoder i hälso- och sjukvården.

I slutbetänkande (SOU 2019:28) redogjorde utredaren de uppdrag som är relaterade till lagstiftning och där området psykisk ohälsa är särskilt i fokus: "...utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas." och att "...utredaren får i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna i 5 och 10 kap. Patientsäkerhetslagen och annan för uppdraget relevant lagstiftning [...]. Utredaren ska även lämna nödvändiga författningsförslag."

KAM-utredningen klargör att det är av yttersta vikt att de som söker vårdgivare som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal inte blir skadade eller på annat sätt far illa eller riskerar att fara illa av behandlingen. Detta gäller både personer som lider av psykisk ohälsa och de som lider av somatiska sjukdomar.

Utredningen har kommit fram till att lagen i framtiden inte ska göra någon åtskillnad mellan psykiska och somatiska sjukdomar, utan istället flyttas fokus över till att förbjuda icke hälso- och sjukvårdspersonal att behandla allvarliga sjukdomar. Vad som avses med allvarliga sjukdomar är tillstånd som uppfyller minst ett av följande två kriterier: (1) tillstånd som är livshotande, och (2) tillstånd som medför eller kommer att medföra en mycket omfattande funktionsnedsättning. Förbudet i den nya lagen ska dock endast omfatta behandlingsåtgärder som syftar till att bota eller hejda utvecklingen av en allvarlig sjukdom. Åtgärder som vidtas i syfte att förebygga eller utreda en allvarlig sjukdom och åtgärder som uteslutande syftar till att lindra symtom som orsakats av en sådan sjukdom ska alltså, enligt förslaget, inte omfattas av förbudet.

Frageställningen som rörde behandling av psykisk ohälsa och huruvida den bör regleras utgjorde med andra ord en mycket liten del i utredning.

BTF:s arbetsgrupp framförde synpunkter till utredningen vid Socialdepartementet att vi förordar att ett förbud för icke-legitimerad personal att behandla all form av psykisk ohälsa i privat regi skall införas. Vi framförde även synpunkter gällande behandling av barn och att titelskyddet bör ses över och stärkas. Vi gav även exempel från klinisk vardag av hur patienter far illa och felbehandlats, av hur oseriösa aktörer marknadsför sin verksamhet och hur utsatt den enskilde är gällande att

framföra klagomål på oseriös behandling. Vi upplevde att det fanns ett stort intresse för våra synpunkter, samt även en förståelse för dilemmat för gruppen med psykisk ohälsa utifrån rådande lagstiftning. Vi hade en konstruktiv dialog där utredaren klargjorde för frågans komplexitet men även om behovet av förändringar.

En del av framförda synpunkter av BTF:s arbetsgrupp byggde på det aktuella forskningsläget kring negativa effekter av psykologisk behandling. Dessa sammanfattas kort nedan.

Det finns idag starkt stöd för att psykologisk behandling ger god effekt vid ett flertal tillstånd. Evidensbaserade metoder såsom KBT ges idag hög prioritet vid depression och ångestsyndrom i bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Ett flertal systematiska översikter pekar även på goda utfall vid svåra psykiatriska diagnoser och somatiska besvär, liksom att det finns fog för bibehållna resultat över tid. Trots att många patienter blir hjälpta är det dock långtifrån alla som blir bättre. Översikter visar att drygt hälften av alla patienter med depression och ångestsyndrom inte svarar på sin behandling. Dessutom finns det forskning på att 5–10 % med dessa former av psykisk ohälsa dessutom försämras under behandlingens gång, till exempel att en depressiv episod har blivit värre. Även om det är för tidigt att avgöra vad som orsakar denna försämringseffekt finns det många studier på att en del patienter faktiskt mår sämre och kan behöva uppmärksammas i större utsträckning.

Utöver såväl avsaknaden av förbättring som försämring förekommer även andra former av oönskade och ogynnsamma händelser under behandlingen. Detta brukar ofta benämnas negativa effekter, något som kan röra sig om att få nya symptom, upplevelser av hopplöshet och misslyckande eller att patienten uppfattar kvalitén på sin behandling som undermålig. Forskningsfältet kring dessa aspekter är fortfarande i sin linda, men ett allt större intresse för negativa effekter har uppkommit på senare år. Forskare i Sverige, såsom Alexander Rozental, liksom i Tyskland och Storbritannien försöker idag fånga patienternas egna erfarenheter av saker som kan ha uppfattats som särskilt obehagliga eller plågsamma under sin behandling. Det saknas ännu konsensus kring vad det består av och hur

det ska mätas, men mellan en femtedel och hälften av alla patienter rapporterar ändå händelser av detta slag. Det pekar således på behovet av att som behandlare vara aktsam, fråga och förklara vad man kan förvänta sig i en behandling, liksom hur man bäst ska hantera sådant som upplevs oönskat (se Rozental et al. 2018<sup>1</sup> för en översikt). Forskning kring de negativa sidorna av psykologisk behandling bygger dock helt och hållet på studier av evidensbaserade metoder. Vanligtvis sker detta i relation till kliniska prövningar eller i en sjukhusmiljö med stor kontroll över vilken behandling som genomförs och av vilka. Det finns dessutom ett starkt juridiskt skydd i händelse av felbehandling eller skada som uppkommer i relation till en behandling.

Utänför hälso- och sjukvårdens område råder emellertid helt andra förutsättningar. Saknar en behandlare legitimation utfärdad av Socialstyrelsen eller står under tillsyn av någon som har en sådan legitimation är patienten helt skyddslös. Det går

## Vi upplevde att det fanns ett stort intresse för våra synpunkter, samt även en förståelse för dilemmat för gruppen med psykisk ohälsa utifrån rådande lagstiftning.

då inte att anmäla behandlaren till någon instans, vilket annars är möjligt genom exempelvis Inspektionen för Vård och Omsorg. Likaså finns det inte samma krav på att en icke-legitimerad behandlare ska erbjuda en behandling på vetenskaplig grund, något som innebär att kristallhealing, coaching och psykosyntes i dagsläget kan ges av privatpraktiserande behandlare vid alltifrån depression till missbruk och schizofreni. På grund av många praktiska svårigheter att bedriva studier inom en oreglerad sektor samt i relation till alternativa behandlingsformer finns det idag ingen kännedom om hur vanligt förekommande de är eller vad de leder till för effekter. I ett par rapporter från USA har det dock visat sig att dödsfall förekommit, såsom vid så kallad ”rebirthing” där ett barn kvävdes till döds i en ihoprullad matta under en session (Lilienfeld, 2007<sup>2</sup>). I Sverige finns det även exempel på användning av suggestiva metoder för att framkalla ”bortträngda minnen”.

Utöver dessa mer ovanliga och synnerligen skadliga händelser är det samtidigt troligt att andra negativa effekter också äger rum i dessa sammanhang, inte minst då de även kan uppstå inom ramen för evidensbaserade metoder. Skillnaden mot att erfarå sådana oönskade och ogynnsamma händelser hos en legitimerad behandlare eller inom hälso- och sjukvården är däremot stora då det här inte finns någon möjlighet att utkräva ansvar. Frågan är inte ny, men har ännu inte resulterat i några väsentliga förändringar.

### KAM-utredningens förslag

KAM-utredningen konstaterar att det finns ett stort behov av att modernisera de centrala förbudsbestämmelserna till innehåll och form. Därutöver finns det bestämmelser som har spelat ut sin roll och som därför bör tas bort. Det finns även inkomplexiteter i lagstiftningen som har uppstått under åren, vilket bör rättas till. Då KAM-utredningen även har syftat till att befrämja utövandet av komplementär vård och undersöka hur den kan integreras med den reguljära vården har man

också kommit fram till att förebyggande insatser generellt sett skall vara tillåtna. Vid användning av förebyggande åtgärder och tillåtna vårdmetoder anser man att straffansvar kan aktualiseras om vårdutövaren orsakar skada som inte är ringa eller framkallar fara för sådan skada.

I KAM-utredningen kommer man fram till att mindre justeringar i befintligt regelverk inte är tillräckligt för att uppnå reella förändringar när det gäller patientsäkerhet, modernisering av lagstiftningen, med mera. Utredningen anser heller inte att frågor som rör personer som lider av psykisk ohälsa ska hanteras separat i framtagandet av en ny lagstiftning. Man har därför behandlat frågan om psykisk sjukdom och skyddet för personer som lider av psykisk ohälsa i den generella översynen av lagstiftningen. I förslagen görs alltså ingen åtskillnad mellan psykiska och somatiska sjukdomar och syftet är att generellt öka patientsäkerheten. Det ska dessutom vara förbjudet att utreda

och behandla sjukdomar hos barn under 15 år och sjukdomar i samband med graviditet, detta oavsett sjukdomens svårighetsgrad.

Utredaren föreslår vidare en ny lag för vård utförd utanför hälso- och sjukvården, med benämningen *Lagen om vissa begränsningar i rätten att yrkesmässigt utföra vård*. Utredaren föreslår att ta bort de befintliga förbudsbestämmelser som idag återfinns i 5:e kap Patientsäkerhetslagen (2010:659). Det nuvarande förbudet för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att behandla cancer, epilepsi och diabetes ersätts med ett generellt förbud att behandla allvarlig sjukdom och omfattar då både somatiska och psykiska sjukdomar. Samtidigt som det ska vara förbjudet att behandla dessa sjukdomar i sig, ska symtomlindrande åtgärder tillåtas. Oavsett tillståndets allvarlighetsgrad ska det vara förbjudet att utreda och behandla dessa hos barn under 15 år och sjukdomar i samband med graviditet. Symtomlindrande behandling för barn och gravida ska dock tillåtas.

### Några av utredningens lagförslag i korthet:

Bestämmelser om utövande av komplementär och alternativ vård är i dag infogade i Patientsäkerhetslagen. Utredningen föreslår att de samlas i en ny lag, *Lagen om vissa begränsningar i rätten att yrkesmässigt utföra vård*.

Det nuvarande förbudet för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att behandla cancer, epilepsi och diabetes ersätts med ett generellt förbud att behandla allvarlig sjukdom och omfattar då både somatiska och psykiska sjukdomar. Medan det ska vara förbjudet att behandla dessa sjukdomar i sig, ska symtomlindrande åtgärder vara tillåtna.

Det ska vara förbjudet att utreda och behandla sjukdomar hos barn under 15 år och sjukdomar i samband med graviditet, detta oavsett sjukdomens svårighetsgrad. Symtomlindrande behandling för barn och gravida ska dock vara tillåten.

De straffbestämmelser som finns i Patientsäkerhetslagen överförs väsentligen oförändrade till den nya lagen. Dock ska det i den nya lagen ingå en bestämmelse om straffansvar för den som inte bara uppsåtligt utan även

av oaktsamhet orsakar skada eller fara för skada. Bristande kunskaper eller erfarenhet ska inte befria från ansvar.

### BTF arbetsgruppens kommentarer till KAM-utredningens förslag

Vi anser att det är olyckligt att man inte inom ramen för denna utredning rekommenderar en reglering av vem som får behandla den utsatta gruppen med psykisk ohälsa, men välkomnar givetvis att man uppmärksammar dilemmat för denna grupp och rekommenderar att frågan utreds vidare. Det är även positivt att man uppmärksammar problematiken kring nuvarande lagstiftning vad gäller titelskyddet och att detta utgör ett stort problem, särskilt inom området psykisk ohälsa. Vi ser också positivt på utredningens intentioner att stärka den enskildes möjligheter att framföra klagomål.

Det finns samtidigt flera problem med utredningens förslag, främst gällande det diffusa begreppet symptomlindring då det bland annat utan närmare definition möjliggör alternativ behandling för individer med lindrig och måttlig psykisk ohälsa. I realiteten för detta med sig att det blir möjligt att erbjuda symptomlindrande insatser till barn med lindrig eller måttlig psykisk ohälsa utan insatserna är testade för varken sin effekt eller biverkningar, trots att utredaren flyttar åldersgränsen från 8 år till 15 år gällande allvarlig sjukdom. Det innebär att t.ex. att homeopati, healing, kristallterapi och andra möjliga KAM metoder enligt utredningens förslag kan vara fullt lagliga så länge utövarna inte gör anspråk på att de behandlar utan enbart håller sig till symptomlindring.

Utredningens centrala del utgår från att kunna avgränsa begrepp som behandling och symptomlindring något som är högst problematiskt då evidensbaserade metoder i mångt och mycket handlar om just symptomlindring. Effekten av evidensbaserad psykologisk behandlingen mäts också många gånger med symptomlindring och därför kan det bli omöjligt att införa en definition som faktiskt avgränsar något.

Utöver de direkta negativa effekterna av förslagen för patienterna då man öppnar upp för ej testade metoder i ordinarie hälso- och sjukvårdsverksamhet verkar förslagen även vara tvingande för utbildningsaktörer och myndigheter att utbilda om KAM metoder, något som kostar tid och resurser som

Det innebär att t.ex. att homeopati, healing, kristallterapi och andra möjliga KAM metoder enligt utredningens förslag kan vara fullt lagliga så länge utövarna inte gör anspråk på att de behandlar utan enbart håller sig till symptomlindring.

skulle istället kunna läggas på att föra ut mer av evidensbaserade metoder som levereras av legitimerad personal. Detta utarmar den redan ansträngda ekonomin i regionerna och drabbar indirekt patienter som sannolikt får ännu svårare att få tillgång till evidensbaserad behandling.

Det förefaller som om KAM-utredningen har fastnat någonstans mitt emellan svårigheter i att modernisera lagtexten (att inte lista fler sjukdomar som ej får behandlas utanför hälso- och sjukvården) och en strävan att inte särskilja psykisk ohälsa från somatiska sjukdomstillstånd. Man förefaller heller inte fullt ut ha kunnat applicera förståelsen för att individer med psykisk ohälsa faktiskt redan far illa och felbehandlas utifrån rådande lagstiftning och dessvärre riskerar att förbli så i än större omfattning utifrån nuvarande lagförslag.

Sammantaget anser vi att utredningens huvudförslag riskerar att utarma det redan svaga patientskyddet som idag finns i lagen. Förslagen kommer indirekt ge mandat för otestade metoder att få fritt spelrum i en skattefinansierad hälso- och sjukvård, något som vi anser ytterst olyckligt. Trots att vissa ändringar pekar åt rätt håll så kan den verkliga effekten av lagförslagen bli att fler oskyddade patienter inklusive barn och ungdomar drabbas av oseriösa aktörers härjningar.

Om utredningens förslag blir lagstiftning vill vi med emfas föreslå följande

tillägg till den nya lagen:

- Tydligt definiera vad som avses med symptomlindring visavi behandling (om det nu är möjligt).
- Införa krav på att KAM- och KAV-utövare skall informera om de risker som KAM och KAV kan innebära utöver de generella negativa effekterna av behandling.
- Införa förbud mot reklam av KAM- och KAV-metoder.
- Avsätta lämpliga resurser som möjliggör forskning om effekter av KAM- och KAV metoder. Resurserna ska komma från externa finanskällor för att undvika att dessa kostnader konkurrerar ut ordinarie forskningsverksamhet.
- Införa tvång på obligatorisk och generös konsumentförsäkring som skydd för de konsumenter som kan drabbas av olika negativa effekter av KAM- och KAV metoder. Försäkringen ska bekostas av KAM- och KAV leverantörer och vara en förutsättning för att kunna verka på en laglig väg.

Inom BTF finns en tradition av att försöka verka som opinionsbildare och sprida information om beteendeterapi, KBT och vetenskaplig stringens. Som ni förstår finns en hel del kvar att göra för att för att fortsätta att försöka säkerställa att den utsatta gruppen med psykisk ohälsa erbjuds evidensbaserad psykologisk behandling. Vår förhoppning är att nuvarande styrelse och övriga medlemmar fortsätter att engagera sig och bevaka hur frågorna hanteras vidare.

<sup>1</sup> Rozental, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Negative effects in psychotherapy: Commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*, 4(4), 307-312. PMID: 30083384 <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.42>

<sup>2</sup> Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, 2(1), 53-70.

# Rapport från SfKBT's årskonferens

## En patient och tre stilar – ett personligt referat och reflektion

Text: Johanna Morén

Foto: The climate reality project, Youssef Naddam/Unsplash

Som ordförande i BTF finns det en del räkmackor – som denna att bli inbjuden till SfKBT's årskonferens. Tyvärr hade jag inte möjlighet att delta på under dagen på fredagen eftersom jag hade jobb inbokad. Däremot hann jag fram till desserten och dansen samt kunde vara med på lördagens begivenheter. Där tänkte jag återge något som jag tyckte var ett givande upplägg.

Då hölls nämligen live-sessioner med tre olika terapeuter utifrån tre olika inriktningar. Upplägget var att alla tre hade fått samma bakgrundsinformation om ett patientfall och skulle inför publik göra dels sitt bedömningsamtal och sedan ett interventionssamtal. Det var alltså ett rollspel där den som spelade patient var skådespelare. Detta bidrog nog till att man slapp det spänningsmoment som kan uppstå av att inte veta ifall någon ställer upp och spelar patient. Annars tänker jag att det ofta blir väldigt trovärdigt även med personer som inte är skådespelare, men som lever sig in i de fall som de själva vill ta upp.

De inriktningar som skulle representeras var schematerapi (terapeut Poul Perris), ISTDP – Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (terapeut Liv Raissi) och UP – Unified Protocol (Mats Jacobson). Innan de satte igång så fick de ta ställning till en rad påståenden på ett kontinuum av exempelvis känslor och beteende som ytterligheter. Påfallande många gånger hamnade

de samlat och endast några gånger var skillnaden stor.

Patientfallet var en kvinna, Lena, som var 47 år och som sökt läkare på grund av oro för demensutveckling, sömnproblematik och koncentrations-svårigheter. Läkaren hade dock gjort bedömningen att det rörde sig om stressproblematik och hon hade varit sjukskriven en period. När hon träffar terapeuterna är det alltså inte i akut stressläge utan hon är tillbaka på arbetsplatsen och jobbar 75 procent. Men en hel del problem kvarstår. Observera att detta referat är utifrån min minnesbild, mina anteckningar och personliga tankar, så reservationer för att andra kan ha en annan bild.

### Bedömning

Först ut att göra ett bedömningsamtal är unified protocol: Mats Jacobson intar denna, enligt mig, föga tacksamma position att inför publik göra det första bedömningsamtalen. Min bedömning är också att han gör det bra! Han går snabbt in på anledningen till att patienten har sökt hjälp. Han får reda på att Lena nyligen reagerade med att gråta på ett möte utan att riktigt förstå varför. Han undersöker vad som hände då och får fatt i att det var tryck över bröstet, spändhet och svettningar samt tankar om att var ska det här sluta? Lena benämner det själv som ångest. Mats frågar vad hon tror är bakgrunden till att problemen startade och hon kan på ett

klokt sätt resonera om att det berodde på att hon var på en ny arbetsplats – en vårdcentral – och inte insett hur stressande det var att börja på en ny arbetsplats. Lena hade också tagit på sig ett stort projekt och skulle starta upp en gruppbehandling samtidigt som det var belastningar på hemmafronten och ambitiösa sidoprojekt i egenskap av idrottstränare på fritiden. Hon kunde helt klart se att det hade blivit för mycket. Men nu? Hon hade ju tagit tid för återhämtning och arbetade ännu inte heltid. ”Det yttre är annorlunda, men jag kan fortfarande inte tänka klart.” Mats frågar hur hon hanterar problemet och hon svarar att hon försöker intala sig själv att det är normalt och att det inte är så viktigt att prestera. Det hjälper inte så mycket och hon känner sig otillräcklig. Mats frågar vad hon tror skulle hjälpa? ”Att jag inte kände så här. Att jag vågade att inte vara bra.” Men det visar sig att hon är rädd för att göra andra besvikna. Så när hon märker att hon inte kan hålla ihop sig så försöker hon koncentrera sig, fokusera på jobbet, öka tempot. Ibland fungerar det och ibland inte och det har sannerligen inte hjälpt henne utanför arbetslivet. Så vad skulle vara hjälpsamt? ”Att ha mer tid med någon som betyder något.” I hemuppgift får hon att göra experiment kring vägvalet att vara duktig och tacka ja eller att vara med andra som betyder något.

Schematerapi är nästa bedömare. Poul Perris hänvisar till att patienten har träffat

**Då hölls nämligen live-sessioner med tre olika terapeuter utifrån tre olika inriktningar. Upplägget var att alla tre hade fått samma bakgrundsinformation om ett patientfall och skulle inför publik göra dels sitt bedömningsamtal och sedan ett interventionssamtal.**



fat läkare och Mats för bedömning och att det nu är han som tar vid. Vad har hänt sen dess? Det visar sig att hemuppgiften gick åt skogen och hon drabbades av prestationsångest. Poul noterar att hon skiftar i stämning och undrar vad som kommer över henne. De benämner att hon skäms och hon får beskriva var den känslan sitter. Den sitter i axlarna och kanske där man gråter. Poul ber henne att hålla handen där och se vad som kommer upp. ”Att jag blottar mig. Jag känner mig så fruktansvärt liten, men borde klara det här.” Poul undrar var ”du borde klara” kommer ifrån och hon säger att som liten så klarade hon det mesta och känner sig löjlig när hon inte förmår. Poul undrar var ”vad löjligt” kommer ifrån och hon menar att hennes mamma inte skulle säga så, men bli orolig och irriterad om man gnäller. Hon känner sig misslyckad och skäms. Poul undrar hur hon känner sig nu när hon har benämnt detta och hon säger att hon känner sig lugn för att hon skäms inte lika mycket. Han går vidare och frågar om hennes familj och vilken hennes roll var i familjen som 7-åring. Hon såg sin roll som att vara stark och duktig. När hon inte kunde leva upp till sin roll fick hon en klump i magen och den hanterade hon genom att bli arg eller att dra sig undan och vara med deras hund. Poul undrar vad som skulle hända ifall hon gick till föräldrarna med klumpen i magen och hon tänker att pappan skulle säga – ”äsch andra är dumma – det är bara att trycka till dem”. Mamman skulle bli

orolig, försöka ge en lösning och vara orolig för att det skulle bli genant. ”Så ingen stod där med dig när du hade en klump i magen”, säger Poul. De pratar om att hon idag nonchalerar känslor och säger till sig själv ”äsch – det är inget”. Att det är viktigt att notera att hon har fått leva med uppfattningen om att man är ensam med sin oro, att om man visar den så avfärdas det och det är ingen som verkligen hjälper. Han undrar hur hon har uppfattat samtalet med honom och hon tycker att det har varit spännande, det har runnit ut lite, men att det fortfarande finns en sida hon inte riktigt vill släppa fram.

ISTDP tar sedan vid med sin bedömning. Liv Raissi konstaterar att hon träffat läkare och drar lite av den bakgrund hon känner till. Hon undrar ifall Lena själv ville hit och vad hon känner. Lena säger att problemet är detta med att hon inte håller sig samman. Liv bjuder in till att se om det dyker upp här och då försöka förstå vad som händer. Lena uttrycker att hon blir som ”flipprig”. Hon får en ångestreaktion och då går hon rakt upp i huvudet, men får inte koll på vad som händer där. Liv frågar vad som blir konsekvensen av det och hon upplever att det blir rörigt och hon känner sig dum. Liv påtalar att det verkar vara ett sätt att hantera det hela – att hon tänker att hon måste vara dum. ”Och att vi sitter här och fokuserar på dig – vad tänker/känner du?”, frågar Liv. Lena svarar att hon vill säga att hon har gjort fel och att hon känner sig li-

ten. ”Tänker du att jag vet mer?” Lena säger att hon är rädd för att det hon säger kan bli fel. ”Hur känns det för dig?” Det blir svårt att tänka, säger Lena. Liv reflekterar över att när hon hamnar i fokus blir det svårt att tänka, hon känner sig liten och får tankar om vad Liv tänker. Lena säger att hon undrar ”Vad vill du? Vad tänker du därute?” Hon blir irriterad över sig själv för att hon bryr sig om det. Liv påtalar att det inte blir någon kvar hos henne – att det blir obehagligt och ifall hon känner igen det från andra situationer. Lena drar sig till minnes en situation där hon blev ledsen för att hon blivit oense med en kollega. Kollegan hade då sagt att hon verkar stressad. Lena hade blivit påverkad av att kollegan frågade om det istället för att prata om det de var oense om. Då blev hon istället jättearg! ”Och hur är det nu? Känner du lite så?”, frågar Liv. Lena säger att det suger lite i magen och att hon känner sig liten. ”Får du inte känna det du känner?” Lena säger att hon känner sig misslyckad och tänker att kollegan har sett något hon har rätt i och då känner hon sig ansatt. ”Är du bara irriterad?”, undrar Liv. Lena säger att just nu känns det ganska skönt för att det är det jag är. Blir pigg av det och det känns skönt. ”Att ha en skön känsla med mig – hur var det?”, undrar Liv. Lena upplever att det kändes som att de delade något. Liv konstaterar att ”det är viktigt att ge mer plats åt dig”.

### Intervention

Poul Perris ger en liten introduktion till

hur han tänker innan han sätter igång. Han har lagt märke till en sårbar sida hos patienten, vilket märks i kroppen – ”klumpen”. Att patienten behöver lyssna på den men hamnar i att vara avfärdande och kritisk. Att det verkar som att ilska är förbjudet, vilket gör att det är svårt att sätta gränser. Att han nu vill jobba med att kunna uttrycka sina känslor och vara en sund vuxen.

Poul frågar hur veckan har varit och patienten säger att den har varit ok, men vill prata om en situation där hon blev så himla knäckt. En kollega hade påtalat att hon hade varit tydlig. Då blev hon ledsen för att hon kände sig som en bulldozer. ”Jag blir arg då för att det är som att kollegan säger att jag är utan kontroll.” Poul undrar om hon kan känna det här i stunden och ifall hon är med på att göra en övning där de jobbar med att hjälpa Lena som skäms. Han guidar henne till att lägga märke till känslan i kroppen nu. Att blunda och tänka sig in i en situation där hon är liten tillsammans med sin mamma eller pappa.

## Det är vackert – ja näst intill förföriskt – så där vill man väl alltid jobba!

Hon plockar fram en situation där mamma sitter i köket, dricker kaffe och röker. Lena har kommit från skolan och är arg på en fröken som sagt att hon har pratat för mycket och bett henne att lämna klassrummet. När hon berättar för sin mamma, menar mamman att det inte är något att göra en så stor sak av och att hon inte behöver ta alla bråk. Mamman tittar ut genom fönstret och Lena tänker att hon inte orkar med henne. Poul undrar vad som går runt inom henne nu. Lena säger att hon känner sig missförstådd, misslyckad och att hon skulle vilja att mamman sa tvärtom och var på hennes sida. Att hon skäms och skulle vilja att mamman tog bort den känslan från henne. Att hon blir arg på sin mamma som inte ens kan titta på henne. Poul konstaterar att hon blir struntad i och avfärdad som den som är problemet. Han undrar vad hon hade behövt istället. Lena säger att hon hade velat sitta i sin mammas knä och att mamman hade sagt ”Vad jobbigt för dig! Vad knäpp fröken var!” Poul frågar vad situationen väcker hos vuxna Lena och hon säger att hon blir arg på mamman och tycker synd om lilla Lena. Poul instruerar nu att han och vuxna Lena ska gå in i köket och ha lilla Lena mellan sig. De ska

vara en liten bit framför för att hon ska känna sig skyddad. Han frågar hur det känns i kroppen nu och Lena säger att det känns bra. Då går först Poul fram och pratar med mamman. Han säger till mamman att ”Nu avfärdad du Lena och struntar i henne. Du måste se att hon är viktig. Säg förlåt!” Han frågar Lena hur mamman reagerar och Lena säger att mamman börjar gråta och att hon själv blir ledsen då, men lite varm inombords för att hon ändå tittar på Lena. Poul går in igen och säger till mamman ”Nu börjar du gråta och lägger det på Lena. Jag vill att du vänder dig till Lena och säger att du ska ta hand om henne.” Han frågar på nytt Lena vad mamman gör och då berättar Lena att hon säger förlåt. Poul ber vuxna Lena prata med mamman och då säger vuxna Lena: ”Mamma, din lilla Lena behöver höra att hon räcker. Så himla viktigt att säga att hon är ok. Lilla Lena har kämpat

med att vara stark och det blir svårt när du tittar bort. Du får ta skammen någon annanstans. Du behöver vara kvar.” Poul ber vuxna Lena prata med lilla Lena och då säger hon ”Jag ska försöka skydda dig, det har jag inte alltid gjort” Hon håller om sig själv och säger ”Jag tycker om dig, jag tycker du är en härlig unge!” Då utbrister Poul ”Åh gullis!”

Liv Raissi inleder också med att beskriva lite sin ansats i förhållande till patienten. Hon beskriver något som kallas för ”Mahlans trianglar” som är en teori om att vissa yttringar tyder på att personen är med och att andra tyder på att man är distanserad. Så exempelvis tyder suckar på att man är mer med sina känslor. Hon säger att hon vill jobba med att Lena ska kunna känna det hon känner. Att hon ska förstå varför ilska dyker upp när hon blir sedd. Att hon ska förstå sin historia och kunna tycka om sig själv.

När sessionen börjar frågar Liv patienten vad hon kommer in med idag. Lena svarar att hon har haft en stressig morgon, men att hon nu är lugn. Liv frågar hur hon vill gå vidare med det som de har jobbat med. Lena tar upp att hon skulle vilja titta på hennes oro för att komma sent till sessionen. Att hon hade varit upptagen med att Liv skulle tro att hon inte ville komma. ”Tänker

du att jag skulle döma dig?”, undrar Liv. Lena menar att det kan stämma och snabbt blir hon arg för hon vill inte verka som att hon bryr sig om det. Hon associerar då till en situation med en kollega som påtalade att Lena verkade ha fullt upp som vanligt. För Lena blev det en form av tillrättavisning som att hon inte var kompetent, hade kontroll och var lugn. ”Vad kände du då gentemot henne?”, frågar Liv. Lena svarar ”Jag blir irriterad, det kommer en tanke om att jag är dum och så blir jag arg på henne. Jag svarar – ”Ja precis, så är det!” eftersom jag inte vill att hon ska tro att jag inte vet. ”Vad känner du inför henne?”, frågar Liv. Lena svarar att hon tänker att kollegan är löjlig. Liv frågar hur det känns i kroppen och Lena svarar att hon känner sig liten, att hon lägger sig under, tappar orienteringen och inte finns längre. ”Men om du finns kvar! Hur kan vi förstå - tillsammans med mig? Vi är lika du och jag. Vad väcker det?” Lena reflekterar över att om hon finns så blir hon rädd, hon känner att hon behöver skydda sig. Att det är farligt att vara på samma nivå för tänk om hon är klumpig och tar i för mycket. ”Och när jag bjuder in dig att vara mycket?”, framför Liv. Lena säger att hon vill backa för hon är rädd att göra Liv illa och hon vill skydda sig själv från att vara klumpig. För om hon upplever att hon tar plats och sårar andra. ”Och om du gör det?” Då svarar Lena att det känns som att köra över, det skulle kännas bra först, men inte sedan. Hon vill inte att Liv ska känna sig tillplattad. ”Det du är rädd för händer inte. Du straffas för något redan innan du har gjort det. Varför har du lärt dig att ilska är farligt?”

Sen kommer de in på vad hon skulle vilja säga och Lena får nästan något busigt i blicken när hon provar på att säga det som faller henne in – ”Åh men lägg av för fan!” Men snabbt lägger de märke till att det som dyker upp då är att hon känner sig ensam, blir rädd för att bli lämnad och skäms. Liv avrundar med att ”Du och jag ska stärka dig i att vara den du är utan att backa.”

Slutligen är det Mats Jacobson som gör intervention och även han inleder med att ge lite bakgrund till sättet att arbeta. Han påtalar att grunden är psykoedukation och hemuppgifter varje vecka. Att lära ut att känna igen triggers, att se sin reaktion och respons samt konsekvenser av det. Att kunna känna igen primära känslor och sekundära känslor



och kunna beskriva och bryta återkommande problematiska mönster.

I sessionen tittar de på en situation där en granne i radhusområdet kliver rakt in i Lenas kök och säger att hon vill att de ska lägga ut rättgift på sin tomt. Grannen menar att det är så mycket rättor och att de kommer från Lenas tomt. Lena hade då hävdad att hon inte ville göra det och att de har lagt ut rättgift tidigare, vilket inte hade löst problemet. Men sen hade Lena tänkt att grannen kanske hade lite rätt. Så hon sa att hon skulle kolla med en granne om de redan hade kontaktat Anticimex. Mats undersöker vad det var som gjorde att hon lovade att kontakta grannen helt plötsligt. Det visar sig att Lena kände det som att när hon nekat att lägga ut rättgift hade hon känt sig som en galning som trycker till folk. Dessutom var det stökigt i köket och hon hade önskat att hon hade städad innan. Mats konstaterar att ”Du tänker en massa saker om dig och får en skamkänsla. Fast om du hade sagt till grannen att du kan ju lägga ut rättgift på din tomt om du vill så tar jag hand om min tomt – vad är det värsta som skulle hända?” Lena blir rädd för att hon ska bli arg och för att det ska bli pinsamt. Mats guidar henne i att lägga märke till vad som händer i kroppen och vilka impulser hon får. Hon menar att hon blir alldeles stel i kroppen, liksom fryser till is och vill tona ner det hela.

Sen testar de några korta rollspel och jämför med hennes föreställningar om hur det skulle vara. Lena behöver en del coachning i att hävda sin åsikt och det blir tydligt att hon också blir rädd så fort Mats blir lite ifrågasättande el-

ler skärper tonen. Men det blir faktiskt inte lika hemskt som hon hade tänkt sig. Hon kan se att hon skulle behöva träna på detta och ifall det värsta skulle hända och att hon blir arg så kan hon ju också träna på att säga förlåt.

Mats förklarar tanken med det de tränat på och ser att Lena är med på det hela att hon faktiskt behöver träna på de här sakerna hon är orimligt rädd för. Lena är klar över att hon har situationer att träna på till följande tillfälle.

### Reflektion

Jag tycker att det var väldigt spännande att få se de olika stilarna och angreppssätten. Det känns som att deras teorier klart färgar både deras bedömning och deras interventioner även om de alla tre kommer in på liknande teman i patientens problembild. Mats letar funktionella analyser och är klart inställd på vidmakthållande, men letar inte lika mycket tillbaka i historien. Poul vill så snart han bara kan komma in på barndomen och fånga upp mönster som visar sig även idag. Liv riktar in sig så fort det går på vad som händer i mötet mellan terapeut och klient som ett sätt att få ökad förståelse för problem även utanför terapirummet. Alla tre går gärna in och landar i hur det känns i kroppen.

I interventionen går Poul snabbt in på att lyfta situationen från barndomen som ett sätt att komma åt teman och modellera och träna på att förhålla sig på ett mer konstruktivt sätt till sin sårbarhet. Det blir klart gripande att betrakta vad som vad som händer i den övning där de hjälper lilla Lena möta sin mamma, men också möta sig själv på ett omhändertagande sätt. Det är vackert – ja näst intill förföriskt – så där vill man väl alltid jobba! Och på ett annat plan tänker jag att det inte alltid är nödvändigt att gå tillbaka till ett ”representativt minne” från barndomen för att komma åt något som händer här och nu. Jag tror dock att många ser det här som riktig terapi och att få blir missnöjda. Jag tänker att ibland är det en omväg och att man kan också gå lite vilse. Men det är klart en terapi man med fördel kan njuta av att se och att uppleva. Mycket känslomässigt berörande.

## Jag tror att det är ett bra sätt att mer konkret illustrera hur man jobbar, skapa intresse och förståelse för olika angreppssätt.

När Liv intervenerar så tycker jag att hon i större utsträckning håller sig till det som händer här och nu. Dock skulle jag nog som patient kanske bli provocerad av att det hela tiden styrs in på vad som händer mellan mig och terapeuten. Jag är inte själv främmande för detta, men tror att jag tydligare skulle förklara vad syftet med att fånga upp det som händer i interaktionen för att se om det återspeglar det som händer i tillvaron därute och få tillfälle att öva färdigheter. Faktum är att jag själv kunde känna ”Åh, men lägg av för fan!”, precis som patienten kände. Men så blev det faktiskt en klar parallell till det som händer i patientens vardag. De fick ju också till lite av ett rollspel och färdighetsträning, men det är inte så tydligt definierat. Här blir jag som KBT:are lite obekväm, men tänker också att det är olika sätt att närma sig problem och arbeta med dem. Mahlans trianglar hann jag heller aldrig greppa och det är väl så att jag behöver vara ödmjuk inför att det är mycket jag inte har koll på vad gäller ISTDP.

När Mats ska representera unified protocol känner jag mig mest som hemma, även om jag skulle kunna närma mig patienter på liknande sätt som de två andra terapeuterna. Mats går rakt in på problemet som det yttrar sig nu och gör inte så mycket vandringar in i historiska hypoteser om uppkomst från barndomen – inte i det här läget. Så fokus på här och nu, kartlägga och förstå situationer, rigga rollspel/exponering. Det är tempo, det är känslor, det händer saker och ibland är det dråpligt så att man skrattar. Men det är ju inte lika förföriskt och poetiskt – kanske inte är något som man vecka efter vecka skulle vilja följa om det var en serie på TV.

Så vem vann? Jag tycker alla bevisade sitt mod och sin skicklighet. Publiken var vinnarna som fick ta del av dessa stilprov. Jag tror att det är ett bra sätt att mer konkret illustrera hur man jobbar, skapa intresse och förståelse för olika angreppssätt. Personen som spelade patienten Lena var tydlig med att hon upplevde sig ha utbyte av alla inriktningarna i sin roll som patient.

# Ledare:

## Ju mer vi är tillsammans

Så gick den första BTF-salongen av stapeln i Stockholm den sista onsdagen i oktober månad. Det var alldeles fullsmockat med folk på föreläsningen om känslor – 60 personer! Det blev spännande reflektioner och diskussioner trots att det var en sån stor grupp människor. Efteråt var det många som kunde vara med och ta en öl, umgås och prata vidare. Jag har redan förslag på flera föreläsare, så BTF-salongen i Stockholm kan bli en tradition. När ni läser det här har det redan varit BTF-salong i Malmö och Linköping med. Kanske till och med ytterligare en salong i Stockholm. Jag hoppas på flera BTF-salonger i hela landet!

Ju mer vi är tillsammans...

I slutet på september gick jag på DBT-dagarna i Värnamo där temat var familjen i centrum. Anhörigbehandlingen i dialektisk beteendeterapi presenterades, SHEDO (Self Harm and Eating Disorder Organisation) presenterade forskningsresultat från deras anhörigstudie och en medlem berättade om sin egen DBT-behandling samt hur DBT hjälpt henne och hennes anhöriga i återhämtningsprocessen. Alan Fruzzetti både pratade om och demonstrerade i ypperliga rollspel hur man lär ut färdigheter och hanterar dysreglerade känslor i familjer. Utanför programmet skulle jag vilja påstå att temat var "Vi tackar av Elizabeth Malmquist". På festmiddagen ville aldrig talen och sångerna ta slut! Sällan har jag varit med om att bevittna en person bli så överöst av kärlek och lovord för sin insats nu när hon går i pension. Elizabeth skulle senare på bokmässan i Göteborg presentera sin bok hon skrivit med Hanna Sahlin "Känslor som kraft eller hinder" och menade att all nervositet inför detta hade runnit av henne efter att ha blivit så impregnerad i kärlek.

Ju mer vi är tillsammans...

I slutet på september fick jag också representera BTF genom att gå på den internationella konferensen i Stockholm för tillämpad beteendeanalys (ABAI) som vår vänförening SWABA var med och anordnade. Oerhört proffsigt ordnat och ett späckat program med föreläsare som verkligen kom från alla delar av världen med det gemensamma intresset för beteendeanalys på bred front. Internationella storheter som Dermot Barnes-Holmes och Linda Hayes var där, men också många från Sverige representerade fältet såsom Magnus Johansson, Ulrika Långh, Dag Strömberg och Eva Bertilsson. På invigningsceremonin klappade hjärtat stolt både när SWABA's ordförande Dag Strömberg spelade flöjt och när stadens representant välkomnade alla deltagare i denna magnifika byggnad, Stockholm Waterfront Congress Centre, och med ett sådant dignande utbud av rätter och dryck.

Ju mer vi är tillsammans...

I oktober blev jag och ytterligare en styrelsemedlem enligt traditionen inbjuden till vår vänförening SfKBT's årskonferens med temat "Jag har inte tid att bli sjuk" – en konferens om stress, utmattning och compassion fatigue. I år var den i Göteborg och jag missade tyvärr fredagens program – men däremot inte dansen. Det var riktigt drag på dansgolvet och härligt att få strutta runt med ordförande Eva Gafvelin Ramberg och andra dansanta medlemmar. På lördagen var det ett spännande program med livesessions utifrån tre olika inriktningar och det hela avslutades med att tillämpa self-compassion på sig själv som terapeut. Många känslor, tårar och skratt bjöd denna konferens på.



Johanna Morén  
Ordförande i BTF

Ju mer vi är tillsammans...

I november var jag bland många andra deltagare på SKL (Sveriges kommuner och Landsting) för att samverka kring "Kraftsamling för psykisk hälsa". Ing-Marie Wieselgren, som verkligen är mer för att göra än att snacka, leder denna satsning med hopp om att få till en förändring genom att samla goda krafter i hela landet. Ing-Marie var min första chef som psykolog eftersom hon lyckades ordna fram projektpengar för att anställa mig som PTP-psykolog i Uppsala i slutet av 90-talet. Hon är en sån källa till inspiration – om någon ska lyckas få till detta så är det hon! Jag vill att BTF och dess medlemmar ska vara med i denna kraftsamling.

Ju mer vi är tillsammans...

Och som ni kanske redan har förstått vill jag även samla de goda krafterna som finns i våra vänföreningar: SfKBT, SWABA, ACBS-Sweden och DBT-Sverige. Vi har börjat samtala om gemensamma aktiviteter – men var det slutar det vet jag inte. Däremot vet jag att denna lilla visa har snurrat i mitt huvud hela hösten:

Ju mer vi är tillsammans, tillsammans, tillsammans  
Ju mer vi är tillsammans, ju gladare vi blir  
För dina vänner är mina vänner  
Och mina vänner är dina vänner  
Ju mer vi är tillsammans ju gladare vi blir

## Annonser

### Kommande utbildningar hos Psykologpartners:

#### Digital psykologi

Internetbehandling med KBT  
Stockholm 19 mars

Bli en bättre internetbehandlare  
Stockholm 20 mars

Så skapar du  
digitala stöd- och utbildningsprogram  
Stockholm 7 maj

#### Positivt beteendestöd (PBS)

PBS inom LSS och SoL  
Stockholm 20 februari

PBS inom HVB  
Linköping 5 mars

#### Kliniska färdigheter

Behandling vid missbruk med hjälp av  
KBT-grundande metoder  
Malmö 24 februari

Emotionsexponering i KBT  
Stockholm 3 april

Integrative Behaviour Couple Therapy  
(IBCT)  
Stockholm 27 maj

#### Vi erbjuder också:

Specialistkurser för psykologer,  
Grundläggande psykoterapiutbildningar i KBT  
och utbildningar i MI och ACT



psykologpartners

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

Psykologpartners är Nordens ledande psykologföretag, våra tjänster bidrar till att utveckla ett hållbart, friskt och rättvist samhälle. Vi är ett företag som baserat på den senaste psykologiska forskningen utvecklar individer, metoder och organisationer inom både offentlig och privat verksamhet. Psykologpartners är medarbetarägt och drivs av värme, kunskap utveckling och mod!



**ANNA EHNVALL**  
KBT KOMPETENS

**Astrid Palm Beskow**

För 5:e gången arrangeras

## Handledar- och lärarutbildning i KBT

start i Göteborg 20 april 2020

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

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart, fördelad på sex studieveckor. **Föreläsare på utbildningen är professor James Bennett-Levy, Sarah Rakovshik, Tobyn Bell med flera. Anmälan senast 1 februari 2020**

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



MEDLEMSPRIS  
**250 KR**

**FÖRSTA LINJEN  
FÖR BARN OCH UNGA**  
PSYKOLOGISK BEHANDLING  
PÅ PRIMÄRVÅRDSNIVÅ

Annah Hydman & Liv Lagerholm

**Verktogsåda för första linjen**

*Första linjen för barn och unga* av Annah Hydman och Liv Lagerholm ger praktisk vägledning för bedömning och behandling av de vanligaste tillstånden man möter inom första linjen, såsom rädslor och ångest, nedstämdhet, utagerande, sömnproblem och adhd.

Omfattande digitalt arbetsmaterial bestående av formulär, självskattningsskalor, bedömningsinstrument och psykoedukation tillkommer.

Utgiven 2019 - 309 sidor

Gör din beställning på [studentlitteratur.se/kampanj/btf2019](http://studentlitteratur.se/kampanj/btf2019)

 **Studentlitteratur**  
VINNANDE VETANDE



MEDLEMSPRIS  
**280 KR**

**SCHEMATERAPI**  
I TEORI OCH PRAKTIK  
ANNIKA ACKELMAN

**Adaptiva och maladaptiva scheman på svenska**

*Schematerapi i teori och praktik* av Annika Ackelman innehåller den första utförliga presentationen av adaptiva och maladaptiva scheman på svenska, belysta med en mängd patientexempel. Boken presenterar också definitioner av grundläggande centrala begrepp, schematerapeutiska behandlingsinterventioner samt schematerapeutens specifika förhållningssätt.

Utgiven 2019 - 428 sidor

Gör din beställning på [studentlitteratur.se/kampanj/btf2019](http://studentlitteratur.se/kampanj/btf2019)

 **Studentlitteratur**  
VINNANDE VETANDE

## Vill du synas på Beteedeterapeutens annonssidor?

Kontakta Alejandro Muñoz Retamal på [alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

Sista inlämning inför nästa nummer, 1 2020, är 10 januari



Välkommen till vårens ACT-utbildning!

# ACT

## i teori och praktisk tillämpning

10 heldagar i Stockholm

13-14 feb, 12-13 mars, 2-3 april, 7-8 maj & 28-29 maj

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

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

### Kursens omfattning och upplägg

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

### Förkunskapskrav

För att delta krävs att du deltagit i en ACT-workshop eller har motsvarande erfarenhet. Vi erbjuder en introducerande workshop 30-31 jan, både för dig som vill gå vår fördjupningskurs och för dig som vill börja med att pröva två dagar.

### Utbildare

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

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

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

Moa Manneberg, *leg. psykolog*

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

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

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

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

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