

# Beteende terapeuter

- Estniska KBT-föreningens 20-årsjubileum
- Att arbeta med organisationsutveckling
- Aktuellt om KBT - En tidning i tidningen

**Rapporter från World Conference of  
Behavior and Cognitive Therapies i Boston**

## Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Anna Eriksson, Redaktör

Liv Larsson

Johan Westöö

Michaela Johansson

Lars Klintwall Malmqvist

## Styrelsen:

Viktor Kaldo, Ordförande

viktor.kaldo@ki.se

Tove Wahlund, Medlemssekreterare

tovewahlund@gmail.com

Inga Axbrink, Kassör

inga.axbrink@pk.artisan.se

Sara Widén, Sekreterare

widensara@gmail.com

## Övriga ledamöter:

David Blank

d.blank@mac.com

Rio Cederlund

rio.cederlund@gmail.com

Annika Deverud

annika.deverud@psychiat.umu.se

Maria Eklund

mgeklund@gmail.com

Dan Katz

dan.katz@swipnet.se

Kristina Nilsson

rudolfsdotter@yahoo.se

Björn Paxling

bjorn.paxling@gmail.com

Jonas Ramnerö

jramn@psychology.su.se

Cecilia Sjödén

cecilia.sjoden@psykologpartners.se

## Manusstopp för nästa nummer

10 november 2010

Bidrag skickas till:

marvette@hotmail.com

Textformat: Word

(eller RTF om du använder Mac)

## Omslag

Boston. Foto Michaela Johansson

## Tryck och repro

Dahlströms tryckeri, Nyköping

## Redigering

Lennart Östlund, Learning Partner,

Nyköping

## Redaktionellt

Välkommen till höstens nummer av Beteendeterapeuten som är fullspäckad med intressant läsning. Den här gången ligger tyngdpunkten på KBT i omvärlden, alltså utanför Sveriges gränser. Fyra spännande rapporter samt ett fotokollage från World Conference of Behavior and Cognitive Therapies som ägde rum i Boston i maj, rapport från Estniska KBT-föreningens 20-årsjubileum och ett reportage från Ryssland som handlar om beteendeterapi för barn. Ett litet nedslag i KBT-Sverige gör vi också – rapport från Mitt-KBT:s första möte i somras.

I detta nummer finns även en intressant artikel som handlar om att arbeta med organisationsutveckling. Ett sådant perspektiv på KBT är sällsynt i Beteendeterapeuten och väldigt välkommet. Fråga Listan är tillbaka efter ett uppehåll och den här gången bjuder några av föreningens medlemmar på sina tankar om hur psykoterapi kommer att bedrivas om 50 år. I AKBT hittar du en nyhet: en utvidgad form av artikelsammanfattning, där en forskare inbjudits att även kritiskt granska artikeln i fråga. Trevlig läsning!

Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

**David Barlows "Unified protocol" . . . . . 4**

**Gruppbehandling av barn och ungdomar - Ron Rapee . . . . . 7**

**Metacognitive Therapy för GAD och PTSD . . . . . 10**

**Kognitiv beteendeterapi för dysmorfofobi . . . . . 11**

**Bilder World Conference of Behavior and Cognitive Therapies Boston 2010. . . . . 14-15**

**Fem frågor till Hugo Hesser . . . . . 16**

**Aktuellt om KBT - en tidning i tidningen . . . . . 18-24**

**Ryssland: Beteendeterapi för barn med autism sökes – och finnes . . . . . 25**

**Rapport från den estniska KBT-föreningens 20-årsjubileum . . . . . 27**

**Att jobba med organisationsutveckling . . . . . 30**

**BMitt-KBT: Nätverket för Västernorrland och Jämtland. . . . . 35**

**Wittgenstein – en behavioristisk husgud. . . . . 36**

**Två anteckningar om den psykoterapeutiska relationen 37**

**Bokrecensioner . . . . . 39**

**Fråga Listan. . . . . 42**

# Ledare

## Från rebell till etablissemang

Det är inget nytt att de tre bokstäverna KBT synts mycket i media och samhället på sistone. Tidigare har KBT lyfts fram som en nyhet, något okänt och spännande man vill berätta om. Men redan för några år sedan började min media-arbetande storasyster fråga mig om det inte "kommit något nytt" att skriva om. De tre bokstäverna hade inte samma självklara nyhetsvärde längre.

## Då kändes det definitivt som att KBT numera är en etablerad och välkänd deltagare i terapi-Sveriges vasalopp

Att KBT nu är en självklar del av det svenska samhället blev väldigt tydligt under min semester. I tidsskriften Filter (vars 12:e nummer tidigare i år för övrigt innehöll en läsvärd artikel om "hundträna som vill drilla dina barn") läste jag först två reportage där de intervjuade så där i förbifarten nämnde KBT och KBT-terapeuter som något helt självklart och välbehövligt. För några år sedan hade de snarare hänvisat till terapi, terapeuter eller psykoanalys. När jag åkte buss på väg mot våra sydligare fjälltrakter passerade jag en stor skylt med diverse lokala företag där texten "KBT i Mora" skyntade till bland alla VVS-firmor, sport-outlets och dalahästtillverkare. Då kändes det definitivt som att KBT numera är en etablerad och välkänd deltagare i terapi-Sveriges vasalopp. Och mycket riktigt – redan dagen efter dök det upp en uppstickare i en DN-artikel. Något som kallades för ACT och var "en slags KBT" men ändå med tydliga skillnader användes på ett behandlingshem för att hjälpa unga tjejer.

Det fick mig att fundera på två saker. För det första att media och den allmänna folkmedvetenheten kanske börjar bli mogen för att fördjupa sig ännu mer i den rätt brokiga samling teorier, skolor och tekniker som döljer sig bakom begreppet "KBT". Denna etablerade förkortning kan utgöra en utgångspunkt, en slags välkänd och trygg bas, om man vill berätta mer om allt från schematerapi till validering och inlärningsteori. Personligen tycker jag det ska bli spännande att se om framgångarna för KBT-begreppet kan bli en språngbräda för funktionellt tänkande och behavioristisk filosofi i samhälls- och kulturdebatten (ovan nämnda Filter-artikel snuddade

vid detta). Det börjar kanske alltså bli dags att prata mindre om KBT och mer om de specifika delar som KBT kan bestå av.

Det andra var en mer oroande tanke. Att vi nu nått höjdpunkten och att pendeln snart kommer svänga tillbaka. Eller åt något helt nytt håll. Att kalla BT/KBT för en "fluga" eller "tsunami" kan man bara göra om man har ett utifrånperspektiv där man sedan länge sett det man själv trott på som en etablerad, orubblig självklarhet och inte har någon kunskap om den kliniska kompetens, det teoribygge och den forskning som ligger bakom denna ofta bedrägligt enkla och lättanvända behandlingsform. Men vi kan själva falla i samma fälla om vi nöjer oss med att hänvisa till de tre magiska bokstäverna och glömmor bort betydelsen av utbildning, handledning och forskning om såväl grundläggande mekanismer som kontrollerade utvärderingar av behandlingspaket och hur vi på olika sätt kan nå ut till de som behöver hjälp. Då kommer pendeln svänga tillbaka fortare. Just nu finns det höga förväntningar från patienter, sjukvården och politiker om vad som kan åstadkommas med KBT. Om vi ser oss som etablerade och "redan i mål" riskerar vi att snabbt sänka både kraven på kvalitet och evidens.

## Om vi ser oss som etablerade och "redan i mål" riskerar vi att snabbt sänka både kraven på kvalitet och evidens

BTF är inte längre en terapipolitisk rebell och vår roll som utbildare i BT/KBT har minskat och kan i och med de nya förslagen runt terapiutbildningen komma att minska allt mer. Kanske bör vi istället fokusera mer på att värna det som har byggts upp. Att oavsett var en utbildning sker eller en behandling utförs försöka påverka att den har en bra kvalitet och utförs av personer med tillräcklig utbildning.

Hur det ska gå till? Och ska vi helt överge utbildningsbiten eller bara forma om den? Bra frågor. Styrelsen har ännu inget självklart svar på dem men många funderingar. Jag hoppas att en del av dem kan sättas i verket under det här verksamhetsåret (som blir mitt sista som ordförande) men det kommer att fortsätta vara något som framtida styrelser behöver jobba mycket med.

VIKTOR KALDO

Ordförande

i Beteendeterapeutiska föreningen



# David Barlows ”Unified Protocol”

## Transdiagnostisk behandling av emotionella störningar

Text och foto: Michaela Johansson

Unified Protocol är något som David Barlow och hans medarbetare Todd Farchione, Kristen Ellard, Christopher Fairholme, Johanna Thompson och Jenna Carl har utvecklat i Boston för att överlappa de diagnostiska gränserna i behandlingsarbetet av emotionella störningar. En manual kommer att publiceras redan i höst. Barlow och hans team gav därför en heldagsworkshop under The World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, för att presentera de olika moduler som ingår i manualen och kort presentera den forskning som ledde fram till en manual.

Barlow har genom tidigare forskning hittat en betydande fenotypisk överlappning mellan olika ångeststörningar



David Barlow

Preliminära resultat från Barlows RCT på Unified Protocol indikerar att bland de som genomgår hela behandlingen uppvisar 94% en kliniskt signifikant förändring efter behandling. Barlow har genom tidigare forskning hittat en betydande fenotypisk överlappning mellan olika ångeststörningar, med hög komorbiditet. Han har även funnit att ca 10% av ångeststillstånd faller in i ”utan närmare specifikation”-kategorin, speciellt GAD. Därför, poängterade Barlow, får man i ångestbehandlingar samma problem som man får i ätstörningsbehandlingar. Det finns även många subkliniska presentationer av ångest, främst inom OCD, social fobi och blandade ångest- och depressionstillstånd. Personer med subkliniska nivåer av symtom kan ändå ha en nedsatt funktionsnivå och ett subjektivt lidande, fastän de inte uppfyller alla de diagnostiska kriterierna för en specifik störning. Stommen i Barlows Unified Protocol är alltså densamma som i Christopher Fairburns transdiagnostiska behandlingar för ätstörningar, mycket på grund av att Barlow läste och blev inspirerad av Fairburns arbete under 2003-2004. Fairburn befann sig även i publiken under workshopen och kunde instämma i det Barlow presenterade.

Varje session innehåller samma generella struktur, dvs först en genomgång av förra sessionen samt hemuppgiften som gavs då, sedan introduceras och demonstreras ett nytt koncept, och slutligen formuleras en ny hemuppgift. För understruket var inget av materialet något revolutionerande, vilket Barlow och hans gäng inte heller påstod att det skulle vara. Snarare är det hur man sammanfattar olika ångest-, depressions- och somatoforma tillstånd som emotionella störningar och strävan att behandla transdiagnostiskt som är det intressanta. Sammanfattningen av modulerna blir därför även en användbar ”crash course” i KBT.

Personer med subkliniska nivåer av symtom kan ändå ha en nedsatt funktionsnivå och ett subjektivt lidande

### Modul 1: Psykoedukation och behandlingsrationell (1-3 sessioner)

Standardintroduktion och orientering kring behandlingsproceduren. Repetition av problemområden. Rationalen inbegriper att förstå emotioner och hur patientens respons på emotionerna kan förvärra problemen, emotionell medvetenhet (mindfulness), nya sätt att bete sig istället för de betingade responserna och emotionell exponering för ny inlärning. Psykoedukation om den adaptiva naturen i emotioner (normalisering), såsom att fly vid rädsla och attackera vid ilska. Trekomponentsmodell med fysiologi, kognitioner och beteenden introduceras. Konsekvensmodellen ARC (antecedent – response – consequence) presenteras för att identifiera interna och externa triggers till undvikanden och säkerhetsbeteenden.

### Modul 2: Motivationsarbete för att engagera sig i behandling (ej angivet antal sessioner)

Bygga motivation och komma över ambivalens gentemot förändring. Principerna för modulen är direkt tagna från Miller & Rollnick och inbegriper att uttrycka empati för patienten, att utveckla diskrepans, att rulla med motståndet för att få patienten att hitta sina egna anledningar till förändring och att stötta patientens tilltro till sin egen förmåga genom att formulera konkreta beteendemål och specifika steg att ta.

### Modul 3: Träning i emotionell medvetenhet (1-3 sessioner)

Introducera ickedömmande emotionell medvetenhet som är förankrad i här och nu, genom att objektivt uppmärksamma känslor, tankar och beteenden i trekomponentsmodellen. Presentera hur tolkningen av stimuli förstärker den emotionella responsen. Använd övningar under sessionen, såsom andningsankaret eller ”trepunktskollen” (”vad tänker jag, vad känner jag, vad gör jag?”).

Hemuppgift: Registrering för att objektivt uppmärksamma saker i omgivningen medan förankrad i här och nu. Kräver övning.

### Modul 4: Kognitiv omstrukturering och omstrukturering (1-2 sessioner)

Introducera kognitiv omstrukturering genom att presentera tvetydiga bilder och generera alternativa tolkningar av vad bilden kan betyda. Påvisa att vårt aktuella emotionella mående påverkar vilka tolkningar vi gör, vilket också påverkar våra reaktioner. Presentera tankefallor och motverka att sannolikheter för katastrofer överdrivs. Målet är dock inte att tänka på ett annat sätt, utan att bli mer flexibel i sitt tänkande.

Hemuppgift: Registrering av situation/trigger, automatisk tolkning, emotioner, identifierad tankefälla och alternativ tolkning.

### Modul 5: Emotionellt styrt beteende och emotionellt undvikande (1-3 sessioner)

Introducera och diskutera emotionellt styrda beteenden, såsom att rädsla utlöser responsen att fly. Emotionellt styrt beteende bidrar till helhetskänslan och vidmakthåller den emotionella responsen. Förse patienten med något annat att göra, ett inkompatibelt beteende som går tväremot vad känslan säger. Presentera hur emotionellt undvikande syftar till att undvika en emotion eller arousal och på så vis skiljer sig från emotionellt styrda beteenden (t ex flykt), som uppstår efter en emotion eller arousal. Dela upp undvikandet i beteende/interoceptivt (går ej på fest, tar ej på smutsiga ytor, tränar inte), kognitivt/emotionellt (distraherar sig, trycker undan tankar, oroar sig) och säkerhetsbeteenden (ha med mobilen, lyckoamulett, medicinburk). Påvisa den ironiska effekten av att trycka undan tankar genom kort imaginär exponering.

Hemuppgift: Registrering av situation/trigger, emotion, emotionellt styrt beteende, ny och inkompatibel respons och konsekvenser.

### Modul 6: Interoceptiv och situationsbunden exponering (4-6 sessioner)

Ge rational för att framkalla emotioner genom interoceptiv aktivering (för alla patienter, inte bara panikpatienter). Inducera sedan symtom under sessionen genom att t ex andas genom sugrör, snurra stolen eller hyperventilera. Om det inte fungerar kan det bero på att övningen inte utförs länge nog eller att patienten använder säkerhetsbeteenden (”om terapeuten är med kan det inte vara farligt”). Viktigt att öva på att objektivt observera vad som händer i kroppen. Om det blir en panikattack, förklara för patienten att det är bra att mekanikern

(terapeuten) får se vad som är fel på bilen (hur patienten reagerar på panik) även på bilverkstaden (terapeutens rum). Ge rational för emotionell exponering i situationer (reella och imaginära), för att öva färdigheterna patienten lärt sig i behandlingen. Gör en hierarki för rädslor/undvikanden. Hitta kognitiva tolkningar och omstrukturera dem innan exponeringen. Om patienten pratar om vad han/hon känner under exponeringen, kan det vara flykt eller undvikande. Uppmärksamma funktionen av det och styr sedan tillbaka. Terapeuten måste påpeka subtila undvikanden hos patienten, som att kolla pulsen eller hålla sig blickstill.

Hemuppgift: Tre situationsexponeringar från hierarkin och interoceptiv exponering vid behov. Efter övning

får patienten själva utforma lämpliga exponeringar för att utlösa emotionen (rädsla, ångest, ilska, etc.). Samma registreringsformulär som modul 5.

#### Modul 7: Återfallsprevention (1 session)

Genomgång av färdigheter för att hantera emotioner (inlärda under tidigare moduler). Identifiera och problemlös kring möjliga triggers, såsom upplevelsen av mycket starka emotioner. Se patienten som terapeut och uppmana till generalisering av färdigheterna till fler situationer. Fundera kring patientens förväntningar på att vara symptomfri och diskutera hur bakslag inte betyder återfall.

## Gruppbehandlingar för barn och ungdomar med ångesttillstånd - Ron Rapee

Text och foto: Michaela Johansson

Ron Rapee höll en kort workshop under The World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies i Boston i juni. På endast två timmar skulle han redogöra för vilka barn och ungdomar som behandlingsprogrammen Cool Kids och Chilled Adolescent passar för, vilka som bör exkluderas, vilken involvering föräldrarna bör ha och hur man rent konkret kan lösa problem som uppstår i behandlingsprogrammet. Då det var en liten grupp som närvarade, uppmuntrade Rapee publiken till frekventa frågor.

Som bakgrund kan berättas

att Cool Kids/Chilled Adolescent utvecklades av Ron Rapee och hans forskarteam i Australien och baseras på över 15 års forskning kring behandlingsutfall. Programmet bygger på färdighetsträning och finns i två åldersversioner. Cool Kids inbegriper barn i åldrarna 7-12 år, medan Chilled Adolescent är för 12-18-åringar. Varje grupp innehåller sex-sju familjer och har två separata manualer, en för barnet/ungdomen och en för föräldern/föräldrarna. Cool Kids kan även användas i individuellt format, men då Rapees klinik

träffar 2-300 barn/år med ångestproblematik behövs gruppformatet i stor utsträckning.

**Cool Kids är en behandlingsmodell som sträcker sig över de diagnostiska gränserna**

Både barn-/ungdomsdelen och föräldradelen i programmet innehåller psykoedukation om oro, ångest och negativa tankar. Behandlingskomponenterna i barn-/ungdomsdelen utgörs främst av kognitiv omstrukturering för att hitta realistiska alternativ till negativa tankar och på så vis minska arousal, samt graderad exponering för situationer som undviks eller upplevs med stort obehag. Även föräldradelen innehåller psykoedukation, men också hur man uppmärksammar och belönar önskvärt beteende och samtidigt ignorerar icke önskvärt beteende. Vidare innehåller den sätt att uppmuntra och berömma barnens ansträngningar, och ungdomsföräldrarna får lära sig att släppa på kontrollen för att vara mindre överbeskyddande.

Rapee använde sig i sin workshop av målade fallbeskrivningar av barn med olika problematik inom ångestspektrat, för att påvisa att Cool Kids är en behandlings-



Ron Rapee

**OBS!**  
**MANUSSTOPP**  
för nästa nr är  
**10:e november**  
Maila ditt alster till Anna Eriksson  
[marvelette@hotmail.com](mailto:marvelette@hotmail.com)  
**OBS!**

modell som sträcker sig över de diagnostiska gränserna. Faktum är att 85% av de ångestfyllda barnen uppfyller minst två diagnoser. Rapee uppmanade därför de närvarande behandlarna att ignorera komorbiditet, till en viss gräns, och inkludera alla barn där ångest är det primära problemet. Trotsyndrom och ADHD är vanliga komorbida tillstånd. Dessa barn kan inkluderas, men helst ej fler än någon enstaka per grupp. Många barn med ångestillstånd är trotsiga i hemmet p g a sin ångest, men om trotsen är generaliserat från hemmet till att även dyka upp i skolan kan det dock vara svårare. Barn med trotsyndrom och ångest har påvisats ha samma kognitiva bias som enbart ångestfyllda barn, i det att de trotsiga barnen har kunnat rapportera tankar som ”de skrattar åt mig” i samma utsträckning som de enbart ångestfyllda. Skillnaden ligger i hur barnen agerar på tanken, i det att de trotsiga barnen kanske blir aggressiva medan de ångestfyllda springer iväg.

### Alla barn och ungdomar går igenom rädslor, men vad som är normalt varierar beroende på åldersgrupp

Det är viktigt att kartlägga ångesten innan behandlingsstart, både vad gäller svårighetsgrad, duration, frekvens och automatiska tankar. Man behöver även undersöka när problemen uppstod samt se hur problemen har utvecklats över tid. Dessutom poängterade Rapee vikten av att särskilja normala rädslor

från klinisk ångest, i det att det rör sig om en gradskillnad snarare än en artskillnad. Alla barn och ungdomar går igenom rädslor, men vad som är normalt varierar beroende på åldersgrupp. Rapee nämnde därför två principer att följa när det gäller denna distinktion. Dels bör man avgöra om ångesten orsakar markant påfrestning på barnet och/eller sänker funktionsnivån, och dels bör man se om beteendet och påfrestningen är överdrivet jämfört med andra barn i samma ålder.

När det gäller rekryteringen till Cool Kids-grupperna betonade Rapee att bedömningen bör baseras på multipla informationskällor, såsom barnet, föräldrarna och möjligtvis även lärare. Man bör även använda diagnostiska intervjuer (t.ex. K-SADS), skattningsformulär (t.ex. Spence Childrens Anxiety Scale eller Childrens Automatic Thoughts Scale) och beteendebeskrivningar. Det är viktigt att intervjua föräldrarna enskilt först, sedan barnet enskilt. Detta för att få fram information som barnet annars inte skulle uppge.

Ron Rapee uppgav att majoriteten av föräldrarna som deltar i programmet lider av egen ångestproblematik, fastän ofta inte tillräckligt för en diagnos. Föräldrarnas egen ångest kan vara en bidragande faktor till uppkomsten av barnens ångestillstånd, då föräldrarna dels kan ha stöttat barnens undvikande av ”farliga” saker och dels kan ha modellerat hur man hanterar sina rädslor. Genetiska faktorer spelar givetvis också in, då en del barn till ångestfyllda föräldrar så tidigt som vid tre månaders ålder har kunnat uppvisa tecken på ångest. Föräldrarna har rapporterat att barnen grät mer, hade svårare att somna, vevade

mer på armarna vid stimulering och helt enkelt var svårare att hantera. Utifrån denna bakgrund blir det förståeligt att föräldrarna har gjort allt för att få barnen att sluta gråta, inklusive att vara överbeskyddande och låta barnen undvika det som utlöser gråten.

### majoriteten av föräldrarna som deltar i programmet lider av egen ångestproblematik

På frågan kring huruvida OCD bör inkluderas eller exkluderas i grupp, svarade Rapee att deras data förvånansvärt nog visar på goda resultat med OCD. Det är alltså inga problem att behandla dessa barn tillsammans med barn som exempelvis har oro, separationsångest eller social ångest. Tvärtom menade Rapee istället att de har sämst resultat för barnen med social fobi. Separationsångest är heller



inget problem för att få barnen att medverka i gruppbehandlingen, eftersom föräldrarna kommer att vara i närheten när de deltar i föräldrabildningen i Cool Kids. Ibland händer det även att en förälder medverkar i första sessionen tillsammans med sitt barn. Även barn som varit utsatta för mobbning kan medverka i grupperna, men om de utsätts för aktuella hot måste skolan ingripa. Aktuella hot innebär ofta att Cool Kids är uteslutet i det läget. Mobbade barn kan dock ofta dra nytta av en ångestbehandling senare, eftersom de ofta retats för att de ser så rädda ut.

Rapee tillfrågades även kring den största skillnaden mellan Cool Kids och Philip Kendalls Coping Cat, varpå Rapee beskrev föräldrakomponenten som en avgörande skillnad. I Cool Kids involverar

man föräldrarna i större utsträckning än i Coping Cat, vilket Rapee uppgav vara en av förklaringarna till varför programmet får så goda resultat. Ca 60% blir diagnosfria efter genomgången Cool Kids-behandling. I ungdomsbehandlingen spelar föräldrakomponenten mindre roll, då för stark föräldrainblandning till och med kan ge ungdomen budskapet att han/hon inte klarar av att vara självständig. Fastän barnen inte helt återgår till ”normala lägen”, d v s jämfört med andra barn, upplever både föräldrar och barn stark tillfredsställelse efter avslutad behandling. Rapee beskrev dessutom att utvärderingen av Cool Kids är mer av en funktionell typ än ren symtomreduktion. Familjer bryr sig mer om vad de kan göra nu som de inte kunde göra tidigare, än minskning av symtom.

Rent praktiskt bör man tänka på att ha två behandlare i gruppen, gärna en mer erfaren terapeut tillsammans med en mindre erfaren.

### Ca 60% blir diagnosfria efter genomgången Cool Kids-behandling

Man kan behöva hjälpa föräldrarna med problemlösning kring praktiska hinder, såsom att hitta barnvakt åt övriga barn i familjen. För att spara tid, kör föräldra- och barngrupperna parallellt. Slutligen, hjälp föräldrarna att hitta ickemonetära belöningar och fokusera istället på att få mer tid med föräldrarna eller andra aktiviteter.

### Grattis Tiina Carlstedt!

*Du har vunnit en 1-dagsworkshop i BTF:s regi. Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist Therése Seglert, [btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com) så får du workshopsintyget hemskickat.*

### Grattis Ulrika Söderlund!

*Du har vunnit boken ”När förändring är svårt – att hantera motstånd med motiverande samtal” av Liria Ortiz. Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist Therése Seglert, [btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com) så får du boken hemskickad.*

## Metacognitive Therapy för GAD och PTSD Workshop med Adrian Wells

Text: Johan Westöö

Adrian Wells, PhD, är professor i Clinical and Experimental Psychopathology vid University of Manchester, och Professor II i klinisk psykologi vid Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norge. Han är internationellt känd för sina bidrag till förståelsen av psykopatologiska mekanismer och för utvecklingen av kognitiv beteendeterapi. Han har utvecklat metakognitiv terapi och har publicerat över 130 artiklar, kapitel och böcker inom området.

Adrian Wells presenterade sitt arbete med metakognitiv terapi för GAD och PTSD under en välbesökt och givande dag i Boston. Terapin baseras på den metakognitiva modellen som pekar på en samling metakognitiva faktorer och processer som är gemensamma för många psykiatriska tillstånd.

**”Störningar som GAD vidmakthålls enligt modellen av det sätt som individer tänker kring och hanterar sina negativa tankar”**

Metakognition kan förstås som tänkande kring tänkandet eller attityder, förhållningssätt till och övervakning av tankar. Ett fokus i behandling är att formulera och modifiera vad man kallar för ett Cognitive Attentional Syndrome, CAS, som innefattar oro, grubblerier, vaksamhet och maladaptiva kognitiva strategier som försvårar och vidmakthåller störningen. Man menar att CAS uppstår som en följd av metakognitioners effekt på mental kontroll. Processen leder till att det blir svårt att bryta långa episoder av negativt ångestfyllt tänkande, ”ruminering”. Wells har utvecklat specifika modeller för GAD och PTSD som han presenterade på workshoppen. Behandlingsupplägg för GAD och PTSD presenterades också.

CAS består av perseverativa tankeprocesser (ruminering), monitorering av hot och copingbeteenden som ofta har motsatt effekt och hindrar kognitiv flexibilitet. Metakognitioner vidmakthåller CAS genom positiva (t ex att ”oro hjälper mig att hantera problem”) och negativa (t ex ”min oro går ej att kontrollera”) antaganden kring oro. Dessa tar sig också i uttryck som specifika strategier och färdigheter som används för att försöka bevaka och kontrollera tankar. CAS uppstår mycket kognitiv kraft och stör emotionellt processande samt aktiverar och vidmakthåller processande av hot. Störningar som GAD vidmakthålls enligt modellen av det sätt som individer tänker kring och hanterar sina ne-

gativa tankar. Behandlingen syftar till att ta bort CAS, modifiera metakognitiva antaganden och man försöker förändra både via kunskap och upplevelsemässigt. I sin modell av GAD skiljer Wells mellan två typer av oro, I och II. Typ I oro handlar om inre och yttre hot och hur man bevakar och bedömer dessa medan typ II handlar om den metakognitiva bedömningen av orosaktiviteten i sig. Behandlingen består av 8-12 sessioner som innefattar konceptualisering, socialisering, modifikation av antaganden om orons kontrollerbarhet, antaganden om faror samt modifikation av positiva antaganden om oro och återfallsprevention.

I PTSD menar Wells att CAS står i vägen för en normaliserande naturlig process som sker hos de flesta traumaoffer. Behandlingen har ungefär samma antal sessioner som för GAD. I konceptualiseringen undersöks vilka strategier individen använder för att hantera sina symtom samt te-

man för ruminering. Vidare frågar man om vaksamhet gentemot potentiella hot och tar fram vilka metakognitioner som påverkar individens mentala processande. Positiva antaganden om oro och negativa antaganden om vad det innebär att uppleva PTSD-symtom anses vara viktiga för vidmakthållandet. I socialiseringen/rationalen förklarar man att PTSD-symtom är en naturlig del av traumabearbetning men att den normala processen kan störas av oro/ruminering, förhöjd uppmärksamhet gentemot hot, undvikanden och negativa antaganden om traumasymtomen. Utöver att utmana metakognitioner används upplevelsebaserade tekniker som Detached Mindfulness och uppmärksamhetsträning (t ex att fokusera på säkerhetssignaler i olika miljöer). Som tekniker att ifrågasätta metakognitioner om okontrollerbarheten hos PTSD-symtomen används orostund, skjuta upp oroandet, att erfara påträngande känslor/tankar/bilder och samtidigt använda självinstruktion om att inte engagera sig i själva innehållet. I avslutande sessioner repeterar man de viktigaste man arbetat med och lägger upp en plan för hur man skall hantera eventuella bakslag. Man utmanar också kvarstående positiva metakognitioner om oro samt negativa metakognitioner om PTSD-symtom.

Referens:  
Wells, A (2008). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guildford Press.  
Läs mer: [www.mct-institute.com](http://www.mct-institute.com)

## Kognitiv beteendeterapi för dysmorfofobi David Veale & Fugen Neziroglu

Text och foto: Michaela Johansson

David Veale och Fugen Neziroglu höll en halvdagsworkshop om dysmorfofobi, eller Body Dysmorphic Disorder (BDD), under The World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies i Boston. Veale är verksam som psykiatriker och KBT-terapeut vid The Maudsley Hospital i London, medan Neziroglu arbetar som KBT-psykolog vid The Bio Behavioral Centre i Great Neck utanför New York. Tillsammans har de skrivit en utomordentlig BDD-manual och håller därför workshops ihop. Workshoppen delades upp i teoretisk bakgrund, KBT-modeller av BDD, översikt över KBT-behandling samt praktiska fall exempel med videoklipp.

**”BDD är dock något mer än vanligt missnöje med kroppen, som de flesta människor har”**

BDD innebär en upptagenhet med en eller flera inbillade defekter i utseendet. Om det ändå finns en liten avvikelse i utseendet har andra svårt att observera den, eller så står personens upptagenhet inte i proportion till hur avvikande defekten är. Upptagenheten orsakar kliniskt signifikant påfrestning (nedstämdhet, ångest, skam) och/eller nedsättning i funktionsförmågan (kommer

inte iväg till jobbet/skolan, isolerar sig). Det ska inte bara handla om upptagenhet med kroppsvikt eller fett, d v s inte förklaras bättre av ätstörning eller annan psykiatrisk diagnos. Om övertygelserna kring defekter i utseendet närmar sig vanföreställningar kan sådan diagnos läggas till.

BDD drabbar ca 1-2% av normalbefolkningen, men betydligt fler inom psykiatriska populationer skul-

le kunna diagnostiseras med BDD. Underdiagnostiseringen beror på att kliniker inte känner till det, att symtomen ses som enbart en del av en depression, att patienterna frekvent sökt enbart ickepsykiatrisk hjälp (t ex plastikkirurgi), att de skäms för att berätta och att deras problem ibland trivialiseras till självupptagenhet. BDD är dock något mer än vanligt missnöje med kroppen, som de flesta människor har. De vanligaste oros-



David Veale & Fugen Neziroglu

områdena finns lokaliserade kring ansiktet (näsa, hud, hår, tänder etc.), men alla kroppsdelar kan vara fokus för oron. BDD drabbar män och kvinnor i ungefär samma utsträckning och utvecklas i genomsnitt i 16-årsåldern. Siffror kring suicidförsök bland vuxna ligger på 29%, men hela 45-70% har suicidtankar. 36-58% hospitaliseras och 32-40% är helt bundna vid hemmet. 70% är ensamstående. Dessa siffror målar upp en bild kring svårighetsgraden i BDD och den effekt det har på alla dimensioner i patientens liv.

Veale och Neziroglu gav exempel på screeningsfrågor att använda för att inte missa BDD. T ex kan man säga "En del människor störs mycket av hur de känner för sitt utseende. Är det här ett problem för dig?". Man bör även fråga kring vad upptagenheten kostar i tid och pengar, samt hur mycket det påverkar dimensionerna i livet. Det diagnostiseras inte som BDD om det finns en faktiskt defekt som är medelsvår till svår, såsom brännskador. Det är därför viktigt att terapeuten får granska defekten utan kamouflage. Den kliniska observationen blir också avgörande, för att se subtila ritualer såsom att sitta med kroppen i en viss ställning, känna på delar av kroppen eller dölja sig med hår/kläder.

Neziroglu presenterade sin KBT-modell för BDD, som börjar med predisponerande biologiska sårbarhetsfaktorer, såsom genetik och svårigheter att bearbeta visuell information. Sedan spelar operant betingning en stor roll, då patienten kan ha en historik av att ha blivit positivt förstärkt för utseendefaktorer. Tillsammans med operant betingning lägger social inlärning en grund för BDD, då barnet kan

ha observerat modeller bland vuxna och i media och på så vis ha utvecklat värderingar och övertygelser om utseende. Det egna värdet som person kan därför baseras tungt på utseende. Klassisk betingning kan också ha ägt rum genom att barnet har parat ihop en kroppsdel eller ord som "finne" med obetingade stimuli som att bli retad och då få responsen att skämmas, känna ångest, etc. Barnet förvärvar så en förvrängd informationsbearbetning och ett stämningsläge baserat på betingade stimuli. Stämningsläget i sin tur blir negativt förstärkt av att personen försöker få bort sin ångest med undvikanden och ritualer, varför operant betingning kommer igen i slutet av KBT-modellen för utvecklandet av BDD.

## Personen har en förvrängd bild av sin kropp och ett starkt självfokus

BDD innebär problem med kroppsuppfattningen, i det att personen har en förvrängd bild av sin kropp och ett starkt självfokus. När personen försöker rikta uppmärksamheten utåt, t ex försöker se sig själv i en spegel, blir uppmärksamheten selektiv och personen uppfattar endast specifika drag. Personer med BDD saknar det "self-serving bias" som andra har, i det att de inte uppfattar sig som mer attraktiva än vad de är. De har också idealiserade värderingar om utseende, i det att de ser andra värden i livet som beroende av utseendet. T ex kan en kognition vara "Min näsa är så sned att jag aldrig kommer att få en

flickvän". Till slut känner personen sig som en enda stor vandrande näsa. Kognitionerna är även väldigt känslolystyrda, t.ex. "Jag känner mig ful, därför måste jag vara ful". Underliggande antaganden kan vara att lycka kommer av att man ser bra ut, att utseendet måste vara perfekt innan man kan åstadkomma något, att ett perfekt utseende är ett realistiskt mål att uppnå eller att livet inte är värt att leva om man är ful. Personer med BDD tenderar att se saker i svart eller vitt – om man inte är perfekt så är man per automatik ful.

Generellt sett är det inte särskilt verksamt att försöka utmana innehållet i tankarna vad gäller huruvida personens näsa är för stor eller om håret är för glegt. Dessa övertygelser är för starka. Det är av större vikt att få personen att fundera på om upptagenheten med defekten står i vägen för vad de vill åstadkomma i sitt liv och skapa diskrepans mellan vad de gör och vad de skulle vilja göra. Personer med BDD fastnar annars lätt i problemlösning kring fel saker, såsom att ruminera om varför de är fula, att oroa sig för sociala situationer i framtiden ("Tänk om någon säger något om...?"), att anklaga och bestraffa sig själva, att jämföra defekten med andra och att planera att ändra på defekten.

KBT med exponering och responsprevention samt insättning av SSRI är de två behandlingar för BDD som är evidensbaserade. Dermatologiska och kirurgiska behandlingar hjälper inte, vilket en del personer med BDD även erfarit efter att de har tillämpat "gör-det-självt"-kirurgi. Veale och Neziroglu rapporterade om patienter som sandpappprat huden eller använt

## Dermatologiska och kirurgiska behandlingar hjälper inte

häftpistol för att strama upp huden i ansiktet. Efterfråga därför om patienten har försökt göra något åt utseendet på egen hand. Plastikkirurgi kan upplevas som den enda lösningen på problemet, men blir snarare ett säkerhetsbeteende för att ta ner ångesten för stunden. Även planering av kirurgi, såsom att söka information på Internet, är ett säkerhetsbeteende eller ritual. Efter genomgången operation kan patienter dessutom uppleva att de har förvärrat defekten och därför måste ha mer kirurgi.

Personer med BDD kan ha mycket svårt att komma till mottagningen, varför hembesök eller telefonsamtal kan vara nödvändiga. Personen kan även ha otroligt utbredda ritualer eller säkerhetsbeteenden, såsom att endast gå ut i mörker eller ha en sjal över hela ansiktet. Veale och Neziroglu poängterade därför att det i arbetet med BDD-patienter är viktigt att initialt vara flexibel när det gäller mötesplatser och mängden av tillåtna ritualer. Det är även viktigt att vara medveten om ambivalensen kring att söka psykologisk behandling, då personen

upplever sin defekt som så verklig att det kan bli ett håll att behöva träffa en psykolog. Personen kan även ha kommit på remiss från en plastikkirurg som önskar psykologisk bedömning innan ett ingrepp kan genomföras. Man behöver därför passa sig för att använda ord som "acceptera" eller "hantera" när det gäller utseendedefekten, då patienten ofta är livrädd för att släppa taget om ritualer såsom planering av plastikkirurgi i tron att det automatiskt innebär att bli ful.

Efter bedömning och differentaldiagnostik gentemot depression, social fobi, OCD och ätstörningar, bör man kartlägga undvikanden och säkerhetsbeteenden. Tillsammans med terapeuten sätter sedan patienten upp mål på tre nivåer: mål på kort sikt kan innebära att höja funktionsnivån med aktivering, mål på medellång sikt kan vara att minska självfokus, jämförelsen med andra samt frekvensen för säkerhetsbeteenden, medan mål på lång sikt kan vara att återgå till arbetet eller vara i en relation. Veale och Neziroglu betonade att värderad riktning kan användas för att få upp motivationen till beteendeaktivering och se vilka beteenden som leder till bra konsekvenser på sikt. Graderad exponering används sedan på klassiskt KBT-vis, i det att prediktioner om utfallet kartläggs i beteendexperiment och det nya

beteendet ska genomföras utan säkerhetsbeteenden. Utöver kognitiv omstrukturering, exponering och responsprevention kan man även arbeta med det bildspråk patienten har. Ofta har patienten påträngande inre bilder av hur han/hon bör se ut, hur han/hon har sett ut och hur han/hon tror att utseendet är. Imaginära metoder kan användas för att omformulera bilder från traumatiska händelser.

## Personer med BDD kan ha mycket svårt att komma till mottagningen, varför hembesök eller telefonsamtal kan vara nödvändiga

Efter workshopen rekommenderade David Veale undertecknad att komma ihåg att BDD-patienter är svåra att arbeta med, men att det är ett givande arbete att ägna sig åt. Och undertecknad kan bara hålla med. Följs upp i nästa nummer, med redogörelser från ett studiebesök på Fugen Neziroglus klinik i Great Neck!

Danderyds Sjukhus AB söker

### Beteendevetare till Smärtsektionen vid Anestesi- och intensivvårdskliniken

Smärtsektionen utför specialiserad smärtdiagnostik och behandlar patienter inom slutenvård - och öppenvård. Sektionen behandlar patienter med akut långvarig smärtproblematik samt cancerrelaterade smärtproblem, enligt den multiprofessionella struktur som motsvarar socialstyrelsens rekommendationer. Sektionen bedriver dessutom undervisning, handledning och klinisk forskning.

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



DANDERYDS SJUKHUS





Christopher Fairburn.



Från öppningsceremonin.



Ekorre på upptäcktsfärd i gröngräset.



Ovan till vänster: Cecilia Svanborg, Cheryl Freeman och Susanna Jernelöv.  
Ovan till höger: Viktor Kaldo och Per Carlbring.



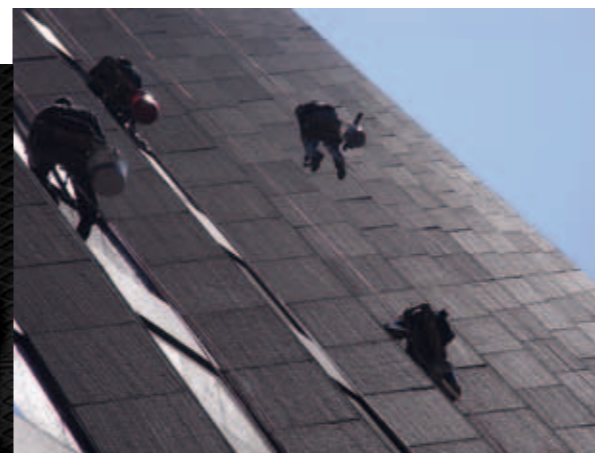
Tara Donker, Pim Cuijpers, Hugo Hesser och Gerhard Andersson.

# World Conference of Behavior and Cognitive Therapies Boston 2010

Marsha Linehan.



Jonathan Abrahamowitz och David M Clark.



Ovan: Fönsterputsare i Boston.  
Viktor Kaldo, Susanna Jernelöv och Pim Cuijpers.



Ovan: Erik Hedman och Brjann Ljotsson.  
Nedan: Aaron Beck skriver autografer.



Foto: Mikaela Johansson och Viktor Kaldo



# Fem frågor till Hugo Hesser

Text: Iman Alaie

**Redaktionen för Aktuellt om KBT prövar nya grepp för att göra medlemstidningen så intressant som möjligt för er medlemmar. Till detta nummer har därför Hugo Hesser bjudits in för att både sammanfatta och kommentera en valfri vetenskaplig artikel med koppling till KBT. Hugo är legitimerad psykolog och doktorand vid Linköpings universitet inom professor Gerhard Anderssons forskargrupp.**

**Berätta vad du gör om dagarna!**

Avhandlingen rör KBT vid tinnitusbesvär. Lite slarvigt uttryckt handlar det framförallt om processforskning i syfte att utvärdera, förbättra och utveckla procedurer i behandling av tinnitus. Senaste alstret skapat tillsammans med kollegor vid Linköpings universitet är en metaanalys av effekten av beteendeterapeutiska och kognitiva tekniker vid tinnitusbesvär. Fokus ligger på hur vi ska kunna integrera den senaste utvecklingen rörande emotionsreglering, i synnerhet acceptans och närvaroträning, med traditionella tekniker. Utöver mitt avhandlingsarbete har jag fått förmånen att vara delaktig i ett flertal forskningsprojekt (med briljanta kollegor!) rörande depression, långvarig smärta, social fobi – och nu senast IBS. En dag i veckan jobbar jag som psykolog på hörselkliniken vid universitetssjukhuset i Linköping.

Hugo Hesser.  
Foto: Privat

**Hur kom du in på det spåret?**

Acceptans, beteendeanalytisk teori och beteendemedicin har genom-syrat större delen av min kliniska utbildning. Jag gjorde en längre utbildningsperiod hos Kirk Strosahl (en av grundarna till ACT) inom primärvården i USA, och fortsatte efter psykologutbildningen med att arbeta på smärtbehandlingsenheten på Karolinska sjukhuset med Rikard Wicksell med kollegor. Mitt psykologexamensarbete syftade till att undersöka klienters verbala beteenden relaterade till acceptans och kognitiv defusion under sessioner i en acceptansbaserad behandling av tinnitusbesvär. Det hela blev en artikel som nu är publicerad. Sedan dessa har det rullat på – med tinnitus och annat.

**Om man är intresserad av forskning är det en dröm att vara doktorand**

**Vad är det bästa och sämsta med att doktorera?**

Fördelarna överväger helt klart nackdelarna. Om man är intresserad av forskning (som jag är) är det en dröm att vara doktorand; stor frihet att utforma ens arbete efter egna önskemål och möjlighet att vara kreativ inom olika områden. Mycket har jag att tacka min handledare, Gerhard Andersson, för. Han har öppnat många dörrar för mig. Om man bortser från lönen – som inte är superhög – så är baksidan av doktorerandet den hierarkiska strukturen i akademien som några få gånger har gjort sig påmind. När rang och status blir viktigare än data och metod, behöver man stå på sig som doktorand. Frihet under ansvar kräver också i mångt och mycket hög självdisciplin.

**Vad ser du i framtidskikaren när det gäller ditt forskningsområde?**

Effekten av psykologisk behandling är relativt svag vid tinnitus om man

exempelvis jämför med effekten vid olika ångestsyndrom. Vi är helt klart i behov av nya verktyg som KBT:are. Jag tror mycket på acceptansspåret (med allt vad det innehåller) för långvariga, kroniska hälsotillstånd, som tinnitus eller långvarig smärta. Viktigt blir dock att undersöka när olika strategier funkar; acceptans av aversiva saker är inget självändamål och kontroll och undvikande kan mycket väl ha en positiv effektivitet i specifika situationer (eller för vissa individer). En syntes av nya medicinska och psykologiska rön inom området kommer säkerligen också att bära frukt.

**Vilken utvecklingsfåra inom KBT tror eller hoppas du extra mycket på?**

Istället för att hoppas på en specifik fåra inom KBT, bör vi, anser jag, lägga våra krafter på att försöka förena god forskning som en grund för vår kliniska praktik. Även om vissa motsättningar ibland är nödvändiga för progression i fältet, så bidrar en alltför stark splittring ofta till mer

ideologiska än kliniskt relevanta frågor. Om vi är ödmjuka i det faktum att många variabler påverkar utfallet i en behandling, kan vi säkerligen förenas i "evidens" – i ordets vida bemärkelse. Vi behöver nog våga titta bortom vår "egen" forskning, exempelvis hur modern psykoanalytisk teori arbetar med interpersonella färdigheter eller hur emotionsfokuserad terapi arbetar med emotionsreglering, för att utveckla KBT ytterligare. Mot den bakgrunden skulle jag också vilja lyfta fram utvecklingen som skett de senaste tio-femton åren inom tillämpad statistik. Statistiken ligger till grund för att vi ska kunna tolka våra kliniska fynd adekvat. Trenden är att vi rör oss bort från medelvärden till kombinerad individ- och grupp-baserad statistik (random effects, random finite mixture modeling, i alla former); Lisas och Kalles avvikelser från medelvärdet ger oss minst lika mycket information som deras sammanslagna värde och inkorporeras numera i modern statistik för att fånga avgörande variation – inte

**Statistiken ligger till grund för att vi ska kunna tolka våra kliniska fynd adekvat**

enbart som prediktionsfel från ett medelvärdesestimat. Det är en viktig utveckling, som jag ser det, eftersom det öppnar upp för många intressanta forskningsfrågor, inte minst vad gäller processforskning; det skulle exempelvis på ett bättre sätt kunna belysa modererande variabler i effekten av KBT (subgrupper i utfall). Modern statistik har också en rad tillämpningsområden i klinisk praktik, exempelvis i poolad data från single-subject-designs. KBT:are gör säkerligen gott i att plocka ner den dammiga statistikboken från hyllan. Tillämpad inferensstatistik är alldeles för viktig för att lämnas åt statistiker!

**Tack Hugo! Och lycka till med avhandlingen!**

**Redaktionen för Aktuellt om KBT vill uppmuntra er att ta del av de forskningsfynd rörande tinnitus som Hugo med kollegor hittills har publicerat:**

Hesser, H., & Andersson, G. (2009). The role of anxiety sensitivity and behavioral avoidance in tinnitus disability. *International Journal of Audiology, 48*, 295-299.

Hesser, H., Pereswetoff-Morath, C. E., & Andersson, G. (2009). Consequences of controlling background sounds: the effect of experiential avoidance on tinnitus interference. *Rehabilitation Psychology, 54*, 381-389.

Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C., & Andersson, G. (2009). Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 523-528.

OBS! Den tredje artikeln kan du som BTF-medlem få tillgång till eftersom Behaviour Research and Therapy ingår i den artikeljänst som BTF prenumererar på hos ScienceDirect. Har du inte aktiverat din användarprofil på ScienceDirect? BTF:s kansli skickar regelbundet ut aktiveringsmail med uppgifter som du använder för att aktivera en användarprofil på ScienceDirect. Om du inte har kvar detta mail eller har problem med aktivering eller inloggning på ScienceDirect kan du kontakta kansliet på [bt.kansli@gmail.com](mailto:bt.kansli@gmail.com)





## Från sessionsbeteenden till utfall i konsumtion av alkohol: en kausal kedja i MI

Text: Hugo Hesser

### Utvidgad artikelsammanfattning – första delen

Moyers m.fl. (2009). *From In-Session Behaviors to Drinking Outcomes: A Causal Chain for Motivational Interviewing*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1113-1124.

Motiverande samtal (Motivational Interviewing; MI) är en empiriskt välundersökt intervention. Ett avgörande teoretiskt antagande i MI är att terapeuters verbala beteenden har betydelse för klienters motivation och förändringsbenägenhet. Ett flertal studier har också funnit stöd för att terapeuters skicklighet i att utföra MI är relaterat till förändringsprat från klienter (s.k. *change talk*). Klienters verbala beteenden om förändringsbenägenhet under MI-sessioner har i sin tur associerats till drogutfall (konsumtion av droger). Få har dock i samma studie undersökt antagandet om att terapeuters MI-förenliga beteenden påverkar klienters prat om förändring som i sin tur inverkar på utfall i form av drogkonsumtion.

I föreliggande studie testades detta antagande med mediationsanalyser. Forskarna använde sig av utfallsdata och videoinspelade sessioner från en behandlingsstudie av MI för alkoholmissbruk. Författarna antog att terapeuters grad av MI-förenliga beteenden skulle vara relaterade till klienters prat om förändring. Klienters verbala beteenden skulle i sin tur vara associerat till självskattad alkoholkonsumtion. Graden av förändringsprat av klienten antogs mediera förhållandet mellan terapeutbeteenden och utfall av

interventionen. Veckovisa mätningar genomfördes under behandling som pågick i fem veckor och oberoende skattare bedömde klienters och terapeuters MI-relaterade beteenden under den första sessionen med vedertagna observatörsskalor. Statistiska analyser i form av regressionsbaserad multilevel modeling användes. Dessa analyser tog hänsyn till datans avsaknad av oberoende observationer (upprepade mätningar av samma individer) och modellerade förändringen som en kontinuerlig process över samtliga mättillfällen. Författarna undersökte också specifikt det sekventiella tidsförloppet genom att koda klientbeteenden som direkt följde efter terapeutbeteenden under sessionen och uppskattade sannolikheten att ett givet klientbeteende (t.ex. prat om förändring) skulle följa ett givet terapeutbeteende (t.ex. öppna frågor) (med s.k. *transition probabilities*).

Författarna kunde påvisa att klienters och terapeuters beteenden kunde kodas reliabelt av observatörerna i studien. De fann stöd för deras mediationshypotes, dvs. att högre grad av förändringsprat som en konsekvens av terapeuters MI-relaterade beteenden var associerad med reducerad alkoholkonsumtion. Vidare indikerade den sekventiella kodningen av beteenden under sessionen att högre grad av terapeutiskt reflekterande/frågor (om förändring och negativa/positiva aspekter) följdes med hög sannolikhet av förändringsprat från klienten. Majoriteten av undersökta terapeutbeteenden relaterade till MI hade dock låg sannolikhet att följas av verbala beteenden om förändring.

Forskarna nämner en rad begränsningar med studien, såsom att endast 3% av variationen i utfallet förklarades av förändringsprat av klienten (mediatorn). Dessutom saknades en längre uppföljning av behandlingsutfallet. Vidare poängterar författarna det icke-experimentella upplägget som en begränsning; en tredje variabel skulle potentiellt kunna förklara samvariationen mellan klienters prat om förändring och utfallet. De kan heller inte dra slutsatser om huruvida förändringsprat är något som är unikt för MI eller något som återfinns i andra behandlingar för alkoholmissbruk (t.ex. KBT eller 12-stepsbehandling). Trots dessa begränsningar understryker författarna att data ger stöd för att förändringsprat är en viktig ingrediens i MI i behandling av alkoholmissbruk. De betonar vikten av att som terapeut uppmärksamma och selektivt förstärka klienters förändringsbeteenden med MI.

## Att lura kliniker med statistik och relevansen av MI-förenliga terapeutbeteenden: några kommentarer

Text: Hugo Hesser

### Utvidgad artikelsammanfattning – andra delen

Som god KBT:are vill man veta vad och hur man ska göra för att få bästa möjliga utfall i en behandling utifrån tillgänglig forskning. Helst av allt ska forskningen ge svar på hur vi som kliniker specifikt ska agera under sessionen. I detta avseende är studien av Moyers med kollegor (sammanfattad i denna upplaga av Aktuellt om KBT) ett föredömligt exempel på hur forskning inom klinisk psykologi bör bedrivas. Hur viktigt är det att som MI-terapeut påverka klienters förändringsprat (och är det möjligt)? Det är den frågan forskarna ställer. Och de ger ett relativt tydligt svar: ja, mycket viktigt (och möjligt). Men vilka empiriska belägg har de egentligen och hur kliniskt relevanta är deras fynd? Här följer några kommentarer till de slutsatser de drar utifrån tillgänglig data presenterad i artikeln.

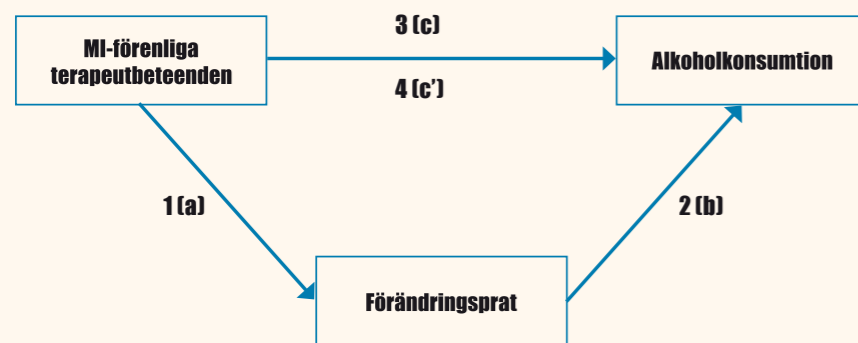
Eftersom studien bygger sitt empiriska argument på mediation ägnas större delen av denna kommentar åt denna uppsättning av statistiska principer inom interventionsforskning. Mediation utvecklades för att på statistiska sätt försöka styrka ett teoretiskt antagande om hur en intervention fungerar utan experimentell manipulation; en mediator är en variabel som förklarar effekten mellan en oberoende och beroende variabel. Två viktiga saker bör man komma ihåg. Det ena är att principerna har starkast stöd då individer är randomiserade till två olika behandlingar och bör med fördel tillämpas i sådana sammanhang. Det andra är att mediationsanalyser bygger på samband/korrelationsdata. Kausalitet – titeln på artikeln till trots – är i den bästa av världar spekulativ (och då bör man väga in tidsordningen mellan mediator och utfall samt modellera mätfel). Mediation bygger på fyra klassiska steg. I följande text går jag genom varje steg i den ordning de presenteras i artikeln för att belysa vissa brister med forskarnas argumentation (se figur 1 för en grafisk illustration av den modell som testades i studien med tillhörande steg).

**1)** Den oberoende variabeln (i det här fallet MI-förenliga terapeutbeteenden) ska predicera mediatorn

(i det här fallet förändringsprat). Med enkla linjära regressionsanalyser påvisades detta förhållande visserligen, men MI-förenliga terapeutbeteenden hade också ett statistiskt säkerställt positivt samband med prat icke förenligt med förändring (s.k. *counterchange talk*), dvs. ju mer MI-förenliga beteenden man utförde som terapeut desto mer motstånd fick man från klienten. Det visar sig faktiskt att MI-förenliga terapeutbeteenden tillsammans med terapeutbeteenden icke-förenliga med MI förklarar mer av variationen i motstånd från klienten än de förklarar av variationen i förändringsprat (9,6% respektive 3,6% – redovisas i en liten not under tabell 3). Specificiteten i MI-interventioner kan därmed ifrågasättas. Ett viktigt, för att inte säga avgörande, antagande i mediationsanalys är att den specifika interventionen påverkar mediatorn utan att inverka på övriga hypotetiska förändringsmekanismer, och absolut inte på mediators raka motsats, som i det här fallet. Hur ska vi tolka dessa till synes motsägelsefulla resultat? Fynden borde vara av yttersta vikt för kliniker.

**2)** Mediatorn (förändringsprat) och **3)** den oberoende variabeln (MI-relaterade terapeutbeteenden) ska predicera utfallet i behandlingen (drogkonsumtion) oberoende av varandra. I multilevel regressionsbaserade analyser testats dessa antaganden. Här finner man stöd för att mediatorn predicerar utfallet både vad gäller slutpunkt (interceptet centrerat vid vecka 5) och den absoluta förändring som sker över fem veckors behandling (linjär regressionslinje och kvadratisk regressionslinje). Effekten av MI-förenliga terapeutbeteenden är dock inte lika övertygande, då inget statistiskt signifikant samband kan säkerställas med den totala förändringen som sker över samtliga mätpunkter (linjär regressionslinje). Därmed bryter man mot en grundläggande förutsättning för ett klassiskt mediationstest, den oberoende variabeln predicerar inte den beroende. Med andra ord, osäkerhetsfaktorn är för hög för att vi ska kunna styrka antagandet om att den grad terapeuten tillämpar MI-förenliga tekniker har betydelse för hur individer förbättras under behandlingen.

4) I ett sista steg låter man mediators och den oberoende variabeln tävla om att förklara variation i utfallet i samma statistiska modell. Relationen mellan den oberoende variabeln och den beroende är justerad för effekten av mediators. Om mediators reducerar den förklarade variationen mellan den oberoende och beroende variabeln (utöver vad som kan anses vara en konsekvens av ren slump) uppfylls kravet på mediation. I det här fallet klara man med nöd och näppe detta sista steg. Man uppskattar att ungefär 30% av variationen mellan MI-förenliga terapeutbeteenden och graden av drogkonsumtion förklaras av klienters frekvens av förändringsprat, vilken är en partiell men ändå relativt stark mediationseffekt. Det låter ju hoppfullt. Men kom då ihåg att effekten av MI-terapeutbeteenden på utfallet inte var så stark från första början. 30% av en liten, i vissa fall inte ens statistiskt säkerställd, direkt effekt är ju inte så imponerade direkt! Men invändningarna tar inte slut där. När forskarna lägger in prat som icke är förenligt med förändring (counterchange talk) i samma modell kvarstår inte längre effekten av förändringsprat, dvs. variabeln är ingen mediator i statistisk bemärkelse (redovisas i några få rader text utan beskrivande statistik). Det hela blir mer en lek med statistik än klinisk praktik.



Figur 1.

Mindre än 3% av variationen i förändringsprat kan förklaras av MI-förenliga terapeutbeteenden, och omkring samma andel av variationen i utfall av behandlingen kan förklaras av klienters frekvens av förändringsprat under sessionen. Är det kliniskt relevanta resultat? Baserat på dessa fynd, kan man som terapeut förlita sig på att väl utförda MI-interventioner kommer att medföra att klienter börja prata mer om förändring, vilket i sin tur leder till minskad drogkonsumtion? Förmodligen inte. På följande sätt sammanfattar författarna själva sina fynd

i artikeln, som är publicerad i en av de mer prestigefyllda tidskrifterna inom klinisk psykologi:

*The implications of our data for the provision of clinical services are specific and concrete: To obtain better outcomes using MI, clinicians should attend carefully to client language about change and use strategies recommended in the practice of MI (asking questions likely to result in change talk, reflecting change talk when it occurs, and emphasizing client choice) to gain more of it (Moyers et al., 2009, s. 1121).*

Tillåt mig att förhålla mig skeptisk till dessa utsagor. Inte nog med detta, vissa fynd pekar åt diametralt motsatt håll. Tittar man exempelvis vidare på den sekventiella kodningen av klient- och terapeutbeteenden så finner man att tre av åtta kodade MI-förenliga terapeutbeteenden går i motsatt håll till det förväntade (utöver vad som kan förväntas av ren slump). Detta indikerar att vissa MI-förenliga beteenden som terapeuten gör minskar sannolikheten att beteenden följs av förändringsprat från klienten under sessionen. Dessa fynd diskuteras visserligen i artikeln, men i den övergripande slutsatsen och i den kliniska tolkningen av fynden är dessa resultat svåra att spåra.

Sammanfattningsvis lämnar forskarna väsentlig andel av resultaten utan tillstymmelse till tolkning och de bryter även mot viktiga statistiska antaganden för mediation. Forskarnas slutsatser vittnar om ett selektivt urval av egna resultat. I mina ögon så finns det minst lika mycket som talar emot forskarnas egna hypoteser som för, men av någon anledning är dessa fynd mindre viktiga för kliniker, åtminstone om vi ska tro författarna till denna studie.

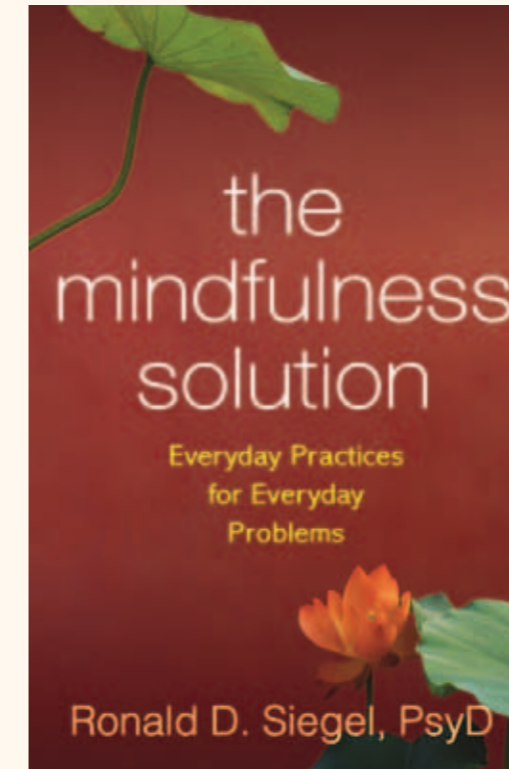
Innan vi utövar och lär ut MI bör vi kanske kritiskt syna den forskning som samtalsmetoden vilar på. Det skulle säkerligen leda till mer kliniskt pålitliga slutsatser. Till sist bör det ändå framhållas att forskarnas ambition är beundransvärd; de sammankopplar terapeutiska interventioner, teoretiskt förankrade förändringsmekanismer, och utfall i samma studie – allt baserat på observerbara beteenden. Huruvida MI-förenliga terapeutbeteenden har avgörande, klinisk relevans må för tillfället dock lämnas därhän till dess mer övertygande data publicerats.

## The mindfulness solution

Text: Johan Bjureberg

### Bokrecension

*The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems* – Siegel, R. D. New York: Guilford Press, 2010. 356 sidor. ISBN 978-1-60623-294-1.



Ronald D. Siegel är docent i psykologi vid Harvard Medical School. Tillsammans med kollegor har han tidigare författat boken *Back Sense: A Revolutionary Approach to Halting the Cycle of Chronic Back Pain* som integrerar västerländska och österländska behandlingar vid kronisk smärta. Siegel är även medförfattare till boken *Mindfulness and Psychotherapy* som vänder sig till behandlare som använder mindfulness i sitt kliniska arbete. *The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems* är ytterligare en i raden av böcker om mindfulness som Siegel har författat. Den här gången har han givit sig i kast med att skriva en bok i självhjälpsformat som vänder sig till alla med ett intresse för mindfulness.

Boken är indelad i två delar. I första delen försöker författaren sätta ord på vad mindfulness är för något, redogöra för forskningsläget samt ge förslag på olika mindfulnessövningar. I bokens andra del re-

dogör författaren för hur läsaren kan använda olika mindfulnessövningar i olika situationer. Varje kapitel i bokens andra del följer en tydlig struktur. Kapitlen inleds med en beskrivning av hur dysfunktionella beteenden vidmakthålls i respektive problematiska situation, följt av praktiska mindfulnessövningar som senare illustreras genom exempel från författarens kliniska vardag. Varje kapitel i bokens andra del innehåller även en lista av olika formella och informella mindfulnessövningar samt förslag på tekniker som kan användas vid krisituationer. Kapitlen avslutas med en uppmaning om att göra ett åtagande och formulera en plan samt med tips på var man kan vända sig när man är i behov av mer hjälp än vad boken kan erbjuda.

I första kapitlet definierar författaren mindfulness som "awareness of present experience with acceptance". Han väcker nyfikenhet genom att påstå att ingen är skonad från emotionellt lidande. Han redogör kortfattat för hur människans förmåga till att känna emotionellt obehag har gagnat vår överlevnad genom årtusenden och att vi därför fortfarande plågas av olika känslor enligt principen om det naturliga urvalet. Han introducerar redan här idén om att människans tröstlösa kamp som syftar till att minska psykologiskt lidande ofta slår tillbaka på oss själva. Genom olika övningar inbjuder han läsaren till att komma i kontakt med hur de flesta av våra tankar handlar om det förflutna eller framtiden och ofta involverar önskningar om att minska obehag och öka välbehag. Siegel lanserar i detta kapitel mindfulness som antidot mot "tänkarsjukan".

I bokens andra kapitel finns övningar som syftar till att hjälpa läsaren att komma i kontakt med hur "mindless" de flesta av oss ofta är. För att reda ut eventuella missförstånd ägnar han även ett stycke åt att beskriva vad mindfulness inte är för något. Här redogör författaren också för ursprunget till mindfulness och skillnaden mellan formell och informell meditation. I kapitel tre beskrivs relationen mellan koncentration och mindfulness på ett intressant sätt. Siegel går vidare med att beskriva flera koncentrations- och mindfulnessövningar samt diskuterar vanliga reaktioner i anslutning till varje övning. Läsaren får stegvisa instruktioner till övningar som t.ex. "kroppsscanning" och "mindful eating". I kapitel fyra ges tips och exempel på hur man kan utforma ett mindfulnesssträkningsprogram.

Kapitel fem utgör första kapitlet i bokens andra del. Här redogör Siegel för hur man kan förstå olika sorters rädslor och obehag genom att beskriva ”fight och flight”-responser samt inlärningspsykologiska principer. Kapitel sex beskriver hur mindfulness kan hjälpa vid nedstämdhet och depression. Författaren beskriver bland annat *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) och redogör mycket kortfattat för den evidens som MBCT hittills har genererat. Kapitel sju förklarar hur mindfulness kan vara ett alternativ vid huvudvärk, matsmältningsproblem, rygg-, eller nackont, insomni och sexuella problem. Detta kapitel inleds med en personlig skildring av författarens egna besvär med ryggvärk och hans resa från sjukskrivning tillbaka till ett fullvärdigt liv. Siegel redogör här också för ett program som heter *the back sense program* som han har utvecklat tillsammans med kollegor. I och med kapitel åtta tycker jag att boken tar verklig fart. Här beskriver Siegel hur övningar i medveten närvaro kan minska eller lösa interpersonella konflikter. Kapitlet innehåller många bra konkreta tips och övningar. Han för även intressanta diskussioner kring jaget och resonemangen hoppar mellan ämnen och discipliner som världsreligion, kognitionsforskning, inlärningspsykologi och forskning kring anknytning. Han argumenterar och inbjuder till övningar som syftar till en upplevelse av att gränsen mellan oss själva och omvärlden är mer svårdragen än vad många säkert föreställer sig. Kapitel nio handlar om dysfunktionella vanor och läsaren erbjuds övningar som syftar till att bli uppmärksam på impulser och författaren rekommenderar olika tekniker för att förändra dysfunktionella beteenden. I detta kapitel finns även ett avsnitt om *motivational interviewing* (MI). Bokens tionde kapitel handlar om hur man med hjälp av mindfulness kan närma sig och acceptera sjukdom, åldrande och döden. I kapitel elva behandlar författaren mindfulness i förhållande till lycka. Boken avslutas med ett kort avsnitt om tips på var man kan lära sig mer om mindfulness eller

var man kan vända sig när man behöver träffa en behandlare. Författaren refererar också till en tillhörande hemsida där man bland annat kan ladda ned inspelningar av mindfulnessövningar på engelska.

Genomgående i boken refererar författaren till såväl fiktiva personer som Wilma och Fred från *The Flintstones* till berömda gurus och zenmästare vilket gör läsningen levande. Genom många vardagliga personliga exempel och anekdoter avmystifierar och förenklar Siegel mindfulness. Han teoretiserar kring processer som upplevelsemässigt undvikande och acceptans på ett lättillgängligt sätt. Genom hela boken poängterar Siegel att vissa tekniker är mer användbara när tankarna går på högvarv medan andra tekniker kan fungera bättre när vi befinner oss i ett lugnare tillstånd och detta är bara ett exempel på hur boken genomsyras av ett funktionellt perspektiv. Författaren kombinerar citat från Buddha med praktiska övningar vilket stegvis säkert kan övertyga läsaren om betydelsen av mindfulness. Dock är det pedagogiska värdet av Siegels övningsexempel i bokens andra del knapphändigt. Eftersom författarens patienter alltid blir mycket framgångsrikt behandlade får läsaren aldrig tillfälle att lära sig om hur Siegel eller hans patienter bemöter svårigheter när de praktiserar mindfulness. Vidare ställer jag mig frågande till hur effektiva samma övningar är i självhjälpsformat, något som diskuteras bristfälligt i boken. Ibland känns även andra delar av texten något okritisk och väl missionerande. Jag reagerade också på bokens något motsägande titel och omslagets amerikanskt säljande löften. Detta till trots kommer jag att rekommendera denna varma och ambitiösa självhjälpsbok till framför allt vänner, bekanta och kollegor som inte har så mycket tidigare erfarenhet av mindfulness men som av en eller annan anledning vill lära sig mer om hur man blir mer medveten närvarande. Boken är full av övningar, metaforer och analogier och jag kommer säkerligen att återvända till denna bok framöver för inspiration.

Lottdragningen gjorde denna gång **Hugo Hesser** till vinnaren av en valfri workshop och **Michaela Johansson** till vinnaren av en KBT-pocketbok!

*Grattis från redaktionen!*

# En KBT-modell för dysmorfofobi

Text: Michaela Johansson

## Artikelsammanfattning

Wilhelm m.fl. (2010). *A Cognitive-Behavioral Treatment Approach for Body Dysmorphic Disorder*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 241-247.

Trots att intresset för dysmorfofobi (Body Dysmorphic Disorder, eller BDD) har ökat på senare tid, behöver tillgängliga behandlingsmetoder belysas ytterligare. BDD karaktäriseras av en upptagenhet kring ”defekter” i det fysiska utseendet, vilket leder till signifikant lidande och/eller sänkt social och arbetsmässig funktionsnivå.

Patienter med BDD har svårt att prata om sin utseenderelaterade ångest och söker istället ofta hjälp för komorbida psykiatriska problem som depression. Suicidrisken är mycket hög. Det är därför av största vikt att sjukvårdspersonal screenar patienter för utseenderelaterade problem för att undvika att BDD-symtom förblir oupptäckta. De vanligaste områdena som rapporteras som defekter är huden, håret eller näsan. Om oron rör enbart vikt/kroppsförändring, kan bedömning av ätstörningar vara nödvändigt.

Påträngande tankar om utseendet är tidskrävande och upprörande, vilket leder till att många individer ägnar sig åt tvångsmässiga beteenden (kollar speglar, jämför sig med andra, kamouflerar sig, plockar på huden etc.). Många undviker sociala situationer, ibland såpass att de blir isolerade i hemmet. Många drabbade har ofta bristande insikt och nästan hälften har vanföreställningar (andra tittar på dem, skrattar åt defekten, etc.).

Två behandlingar som har empiriskt stöd är SSRI och KBT. SSRI måste dock ofta administreras i höga doser och patienten bör stå på den optimala dosen i minst tolv veckor. Författarnas kliniska erfarenhet är att kombinationen av SSRI och KBT kan vara hjälpsamt vid svår komorbid depression, suicidalitet eller vanföreställningar.

Första steget i författarnas KBT-modell innebär att individer med BDD överfokuserar på de upplevda

defekterna. Kliniska observationer och neurobiologisk forskning pekar på att personer med BDD selektivt uppmärksammar små detaljer, inklusive små avvikelser i utseendet.

BDD-patienter uppfattar även ickehotande situationer som hotfulla, pga. hur de bearbetar information. Felaktiga tolkningar utlöser skam, depression, ångest och fortsatt uppmärksamhet på detaljer i utseendet. Ritualer och undvikandebeteenden blir negativt förstärkta pga. den tillfälliga minskningen av obehagliga känslor, vilket vidmakthåller ångesten.

KBT-behandling för BDD innehåller därför psykoedukation, där modellen ovan presenteras. Patienten får registrera egna NATs och beteenden, för att kunna använda kognitiv omstrukturering på tankefallor. Behandlingen innehåller även exponering för att bryta undvikanden kring situationer och beteenden (inte hålla ögonkontakt, inte titta på defekten) och responsprevention för att minska ritualer (mätta defekten, be andra om försäkringar). Exponeringar blir ofta även beteendeeexperiment, där patienten får utmana katastroftänkarna samtidigt. Vissa KBT-behandlingar innehåller även spegelträning, där patienten använder medveten närvaro och får öva sig i att se helheter i utseendet.

Författarna presenterar så ett fall exempel, en man som hade ångest över sin käklinje. Bedömningen innehöll SCID, BDD-YBOCS och skattning på Clinical Global Impression Scale. Tio veckovisa sessioner om 50 minuter administrerades (sedan flyttade patienten). Behandlingen följde mallen ovan, med individuella mål satta för vad patienten ville kunna göra som förhindrades av upptagenheten med utseendet. BDD-YBOCS minskade signifikant med 75.86% och alla tankarna om käklinjen försvann. Självkänslan förbättrades signifikant, för att patienten kunde göra saker som tidigare var omöjliga och fyllde den nyvunna tiden med saker som inte var utseenderelaterade.

# Ruminering vid klinisk depression

Text: Katharina Johansson

## Artikelsammanfattning

Liverant m.fl. (in press). Ruminations in Clinical Depression: A Type of Emotional Suppression? *Cognitive Therapy and Research*.

Denna studie undersökte förhållandet mellan grubbel/ältande och strategier för känslohantering i en grupp av personer med egentlig depression.

I senare forskning har grubbel kommit att betraktas som en dysfunktionell, kognitiv strategi för att hantera obehagliga och jobbiga känslor. Med detta fokus öppnas en möjlighet att förbättra depressiva symtom genom att använda sig av alternativa strategier för känslohantering.

Enligt författarna har majoriteten av studier som studerat relationen mellan grubbel, undertryckande av tankar och/eller undvikande beteende främst genomförts på ett icke-kliniskt urval och därför har man valt att titta på en grupp som uppfyller diagnosen egentlig depression.

Man har även valt att titta på grubbel i relation till acceptans. Acceptans bör teoretiskt sett vara en strategi som står i motsatsförhållande till strategier som undertrycker känslor.

Tidigare studier har använt sig av frågeformulär för att undersöka hur individer i allmänhet grubblar. Ingen har dock tidigare undersökt relationen mellan personers pågående grubbel och strategier för känslohantering.

Föreliggande studie omfattade 60 personer från psykiatrisk öppenvård som uppfyllde kriterierna för egentlig depression. Ungefär 87% av personerna hade förutom egentlig depression ytterligare minst en

diagnos, främst ångestdiagnoser. Försökspersonerna fick under två dagar fylla i ett antal frågeformulär (ångestskalor och andra självrapporteringsskalor) och delta i en procedur (titta på film) där de försattes i känslor av sorg. Titta på film är en tidigare utarbetad metod för att försätta försökspersoner i känslor av sorg.

Sorgexponeringen användes för att undersöka relationen mellan grubbel och de teoretiskt relevanta strategierna för känslohantering, förträngande och acceptans.

Resultatet visade att det fanns en positiv koppling mellan grubbel och ökad svårighetsgrad av psykologiska symtom som ångest och depression. Det fanns även en positiv koppling till känslohanteringsstrategier som handlar om undantryckande och bristande acceptans av känslor. Både informationen från frågebatteriet och det spontana användandet av grubbel under sorgexponeringen pekade på samma resultat.

Författarna anser att resultatet ger ett preliminärt stöd för konceptualiseringen att grubbel är en dysfunktionell, kognitiv strategi för känslohantering, som kan användas av deprimerade personer för att förtränga jobbiga känslor. Resultatet kan även tolkas som att det finns en potential för att använda sig av mindfulness- och acceptansbaserade strategier i behandlingen av depression. Det behövs dock många fler studier kring grubblandets betydelse för deprimerade och icke-deprimerade personer för att kunna utveckla effektiva behandlingar för depression.

Surfa in på [www.kbt.nu/akbt](http://www.kbt.nu/akbt) och välj en artikel att sammanfatta!

# Ryssland: Beteendeterapi för barn med autism sökes – och finnes

Text och foto: Lars Klintwall Malmqvist

Den ryska specialskolan är inte lätt att hitta, gömd bakom ett högt galler, en idyllisk björkskog och en hemsida med oförståelig vägbeskrivning. Centrum för Kurativ Pedagogik var en av de första specialpedagogiska skolorna som grundades i slutet på 80-talet när det sovjetiska utbildningssystemet började mjukas upp en smula. Idag har centret fått sällskap av ytterligare ett dussintal skolor här i Moskva. Skolans rektor, Anna Bitova, tar emot mig i entrén och visar mig stolt skolans lokaler: soliga rum fyllda med leksaker och vilda autistiska småungar.

Historien om rysk psykologi är en brokig berättelse

Historien om rysk psykologi är en brokig berättelse. Längre var neurologi, pedagogik och psykologi starka ämnen på ryska universitet, med internationella kändisar som neurologerna Luria och Purkinje, pedagogen Vygotski och förstås allas vår Ivan Petrovitj Pavlov. Under större delen av förra seklet var emellertid psykologin hårt hållen och avvek från resten av västvärldens. Mycket av psykologisk kunskap hölls vid liv på universiteten, inte av de psykologiska institutionerna,



utan i smyg av professorer i historia och filosofi. Mitt eget specialintresse, barn med utvecklingsförseningar (läs; autism), är ett särskilt mörkt kapitel. I den mån myndigheterna inte kunde förneka att barn med olika handikapp fanns så ägnade man sig istället åt ruskiga institutionaliseringar (en värld väl skildrad i den självbiografiska boken "Vitt på svart" av Ruben Gallego). Men hur ser då den världen ut idag? Under mitt besök i Moskva har jag bestämt mig för att undersöka den ryska autismscenen.

Psykologerna som jobbar på centrumet pratar bara om pedagogik och ryska teoretiker som jag aldrig hört talas om

Specialskolan i Moskva tycks representativ för den ryska psykologin. Psykologerna som jobbar på centrumet pratar bara om pedagogik och ryska teoretiker som jag aldrig hört talas om. Den behandlingsmetod som de dock uteslutande tycks ägna sig åt är något slags nebulös lekterapi. När jag pratar om att jag själv arbetar med beteendeterapi för barn med autism ser de chockade ut, ungefär som att jag slängde ur mig att jag extraknacker som massmördare. Mycket artig frågar de om detta inte gör barnen till robotar och ögontjänare, och jag försöker avdramatisera det hela. De ser inte helt övertygade ut.

Det pedagogiska centrumet och rektor Anna Bitova utstrålar värme och omsorg för sina elever, men känns knappast som fräsch psykologisk behandling. Tillbaka till tunnelbanans metropolitiska trängsel och nästa anhalt. Genom lite good old googlande och några mail har jag nämligen fått ett lyckosamt napp. Just i dagarna ordnas en konferens om autism i en skola utanför Moskva! Jag åker dit på en chansning och sitter en eftermiddag och lyssnar oförstående på långa berättelser på

Den ryska specialskolan var inte lätt att hitta.



*Dobro arbetar som enda skola i Ryssland med intensiv beteendeterapi.*

ryska om (tror jag) myndigheters bristande engagemang. I Ryssland har man dock utvecklat en fin praxis i sina powerpointföreläsningar: bildspel med lekande barn, ackompanjerat av mjukporrmusik. Inte ett öga torrt! Överhuvudtaget är deltagarna mycket entusiastiska. Ditresta föräldrar från hela Ryssland vittnar om att myndigheterna snart kommer behöva göra någonting för att blika en uppblåsande folkstorm.

På konferensen träffar jag Sergei Morozov, ordförande för den ryska autismföräldraföreningen: Dobro. Sergei är den första jag träffar som nickar glatt när jag nämner beteendeterapi. Han bjuder mig omedelbart på en vanvettig bilfärd genom Moskvatrafiken till föreningens egen specialskola som arbetar med just beteendeterapi. ”Officiellt är det förstås ingen skola,

*Än så länge bara i en sexrummare i Moskva.*



det skulle aldrig fungera med myndigheterna. På pappret sysslar vi med socialt arbete”, förklarar Sergei medan han visar mig runt i sexrumslägenheten som utgör deras lokaler. Men nog är det en sorts skola: små rum där ett tiotal psykologer jobbar intensivt med ett gäng unga barn. Dobro arbetar som enda skola i Ryssland med intensiv beteendeterapi, och

det med framgång. Flera studenter som har slutat på skolan har fortsatt i det vanliga skolsystemet, även om det förstås är svårt att komma upp i samma effekt som i de amerikanska studierna. Framförallt skulle Sergei vilja utöka skolans elevantal: ”gränserna sätts av att hitta bra tränare. Vi försöker fånga upp nyexaminerade psykologer från universitetet, men vi kan inte betala dem tillräckligt. En psykolog hos oss tjänar 1000 dollar i månaden, vilket är lika litet som en lärare i det vanliga skolsystemet. Dessutom måste psykologerna här jobba mycket hårdare.” Även utbildningen i metoden får de ordna själva: bland annat genom att skicka sin tränare på kurser bland annat i

Holland och USA.

**”Beteendeterapi är inte en populär metod i Ryssland då den inte går ihop med rådande pedagogiska värderingar”**

Beteendeterapi är inte en populär metod i Ryssland då den inte går ihop med rådande pedagogiska värderingar. Beteendeterapi för barn anses inhumant, då är snarare Anna Bitovas lekterapi det vanliga upplägget. Dobroföreningen och skolan får inget stöd från någon myndighet utan måste förlita sig på välgörenhet. Sergei ser skamlöst stolt ut över sin skola, där också hans egen dotter Sveta jobbar som terapeut. Mycket av det material de jobbar med kommer från ett samarbete med en amerikansk skola för barn med autism, och Sergei sitter på en hel roman av anekdoter från 80-talet när de praktiskt taget smugglade in amerikansk litteratur för att kunna behandla några få barn.

Att hitta Dobroskolan gör mig mycket nöjd. De föräldrar på skolan som jag träffar berättar de vanliga historierna om att bråka med myndigheter och lärare för att deras barn ska kunna få evidensbaserad behandling. Med viss fördröjning kommer alltså denna förändring även till Ryssland. Än så länge bara i en sexrummare i Moskva, men förhoppningsvis snart i en större skala.

## Rapport från den estniska KBT-föreningen EACBT:s 20-årsjubileumskonferens vid Tartu Universitet 7-8 maj

*Text: Tiina Carlstedt*

### **Varför till Tartu, till Estland?**

Torsdagen den 6 maj satte jag mig på direktflyget från Arlanda/Stockholm till Ülejala/Tartu. Resan tog bara 45 minuter och jag var glad och nyfiken på att återse den gamla universitetsstaden och Tartu universitet (som grundades av den svenska kungen Gustav II Adolf, år 1632). Jag var på väg till mitt forna hemland, till den estniska KBT-föreningens (Estonian Association for Cognitive and Behaviour Therapy/EACBT) 20-årsjubileum. Med glädje såg jag fram emot att träffa kollegor från Estland. Jag var nyfiken på deras KBT-förenings historia och önskade även att få lite professionell påfyllning.

**”Jag var ensam representant från Sverige”**

KBT-vännerna anlände från Estlands nära grannländer Finland och Lettland men också från Nederländerna (Paul M. G. Emmelkamp) och England (C. Blowers). Jag var ensam representant från Sverige (är medlem i SfKBT och BTF) och det kändes lite trist att det inte fanns fler nordiska länder representerade.

### **Om pre-congressdagarna**

Torsdagens mini-workshop om OCD hölls av Colin Blowers från

England (BACBP). Han förmedlade sin 30-åriga kliniska erfarenhet av behandling av människor med OCD. Workshopen fokuserade på de praktiska aspekterna av behandlingen: hur man ska bedöma, planera och genomföra behandlingen men också på varför terapi inte alltid fungerar.

**”manualiserad behandling fokuserar på den genomsnittliga patienten och gäller oftast när en sjukdom utforskas”**

Jag hade stor behållning av fredagens pre-congressworkshop: „How to deal with co-current disorders in cognitive-behaviour therapy“, ledd av professor dr. Paul M. G. Emmelkamp från Amsterdams Universitet (Nederländerna). I min kliniska praxis möter jag gång på gång klienter som har flera problem samtidigt. Som Emmelkamp nämnde så kommer klienterna sällan till behandling med ett enda problem. Idag finns det välutvecklade, evidensbaserade behandlingsmanualer för en mängd olika sjukdomar. Men manualiserad behandling fokuserar på den genomsnittliga patienten och gäller oftast när en sjukdom utforskas. Flertalet idiosynkratiska problemtillstånd

kräver behandling där manualen inte räcker till. Exempel på mer komplex problematik kan vara att klienterna/patienterna samtidigt har mer än ett ångestsyndrom, depression plus ett ångestsyndrom, eller att missbruk, personlighetsstörning, eller relationsproblem finns samtidigt som ett psykiatriskt tillstånd. Det finns inte alltid tydliga riktlinjer för vilket problem som bör behandlas först. Emmelkamps workshop började med diskussionen om mikro- och makroanalysernas roll för syftet med att utarbeta en behandlingsplan. Han illustrerade det med ett antal fallbeskrivningar. Han nämnde att komplexa beteendeanalyser inte alltid är nödvändiga förutsättningar för att nå behandlingsmålen, men att det alltid är meningsfullt och viktigt med ett stegvist tillvägagångssätt. Som vanligaste hinder för behandlingen tog han upp ett generellt behandlingsmotstånd, motivationsproblematik och problem som kan uppstå i den terapeutiska relationen. Workshopens tyngdpunkt låg på vuxna personer med ångest, depression, personlighetsstörningar med beroende- och missbruksproblematik.

### **Vad erbjöds på konferensdagen?**

Lördagens konferensdag bestod av ett antal inbjudna föreläsare och av många korta presentationer av

**” på hösten 1989 började en grupp estniska psykologer och psykiatriker studera KBT alldeles själva ”**

vetenskapliga arbeten. Det var också intressant att läsa de många posters som visades. Jag kan inte låta bli att nämna de intressantaste föreläsarna och föreläsningarna som ägde rum under lördagens konferens. De första två föreläsarna var Tartu universitetets egna psykologiprofessorer. Professor Jüri Allik föreläste om "Towards evidence-based models of personality" och professor Jaanus Harro föreläste om "Serotonin, personality and behaviour: The unanswered questions and further questions". Sedan föreläste Estniska KBT-föreningens antagligen äldsta läromästare, Paul M. G. Emmelkamp igen med „Is CBT really evidence-based: does CBT work because of the presumed underlying theoretical mechanisms?“. Ja, vi vet ju att KBT fungerar men vet vi vad som är verksamt... K-B-T!? Därefter fortsatte korta presentationer av olika arbeten i snabb takt långt in på eftermiddagen. Intressantast för mig var att lyssna på estniskan Kirsti Akkermans „Variations of symptomatology in eating disorders reflect underlying genetic variations: Influence of personality traits.“ Dagen avslutades på en stämningsfull restaurang med en härlig middag

och med en uppsluppen stämning!

**Vad fick jag veta om Estlands KBT-förening?**

I samtal med bl.a. nuvarande ordföranden Anu Aluoja och genom att ha läst föreningens tidigare ordföranden Maie Kreegipuu poster fick jag fram följande: på hösten 1989 började en grupp estniska psykologer och psykiatriker studera KBT alldeles själva. De blev inspirerade av Tõnis Arro som i sin tur var uppmuntrad och lärd av dåtidens EABT-president Paul M. G. Emmelkamp. Dr. Emmelkamp blev också den första KBT-läraren och auktoritetspersonen i Estland (dåvarande Estniska republiken). Estlands KBT-förening grundades den 15 maj 1990 i Laulasmaa. EACBT utgick från EABT:s miniminormer för leg.terapeuter och med små resurser men med stor entusiasm började de „undervisa sig själva“ igenom att bl.a. genomgå ett stort antal KBT-workshops och utbildningar med internationella (europeiska och amerikanska) forskare tillika psykoterapeuter. Sedan år 2000 har estländare egna färdigutbildade kbt-terapeuter för att, med viss hjälp från utlandet, själva utbilda psykologer till kbt-terapeuter.

Estlands KBT-förening har för närvarande 60 medlemmar, plus en hedersmedlem (Tõnis Arro, den första ordföranden i föreningen) samt två stödmedlemmar. Av dessa 60 är 14 färdigutbildade KBT-terapeuter och återstående 46 har genomgått grundutbildningen. Avslutad grundutbildning är en förutsättning för medlemskap i förningen. Av

dessa 46 grundutbildade terapeuter arbetar 35 personer med behandling under handledning för att vidareutbilda sig.

Avslutningsvis vill jag säga att den estniska KBT-föreningen gjorde ett fint jobb med konferensen, den var väl organiserad med många deltagare på pre-congress workshops. Möjligen för många talare på själva konferensdagen, ca 12. Jag är nöjd med min resa. Jag fick nya vänner och bekanta, jag fick stilla min nyfikenhet om hur den estniska föreningen har haft och har det just nu samt fick en inblick i olika vetenskapliga KBT-arbeten. Med beundran och häpnad har jag förstått att ett fåtal engagerade människor har givit mycket av sin tid, engagemang och kunskaper för att starta och utveckla KBT i Estland under de senaste 20 åren. Några av dem - Maie Kreegipuu, Anu Aluoja och Kersti Luuk har jag nu personligen mött.

**” ett fåtal engagerade människor har givit mycket av sin tid, engagemang och kunskaper för att starta och utveckla KBT i Estland ”**

Det är bara att önska den vitala estniska 20-åringen EACBT fortsatt välgång och fler goda KBT-vänner.



Svenska föreningen för kognitiva och beteendearbetande terapier

inbjuder till konferens & årsmöte  
21-22 oktober 2010 på Grand i Lund

Tema:

# Mindful Self-Compassion Training

med Christopher Germer, PhD

Mindful Self-Compassion - att kunna uppmärksamma sitt eget lidande (mindfulness) och möta det med ovillkorlig vänlighet och förståelse (compassion) - är en grundläggande aspekt av emotionell läkning. Att träna upp en ovillkorlig välvilja och respekt gentemot sig själv kan vara en viktig intervention för patienter med negativa självuppfattningar, t.ex. för människor med skam, perfektionism, självkritik och depression. Mindful self-compassion kan även vara ett redskap för behandlaren att ta hand om sig själv, inte minst när man ställs inför egna brister, misstag och höga egenkrav.

Germer är psykolog och specialiserad på mindfulness- och acceptansbaserad psykoterapi. Han är klinisk instruktör på Harvard Medical School och grundare av the Institute for Meditation and Psychotherapy. 2005 gav han ut boken *Mindfulness and Psychotherapy* och 2009 boken *The Mindful Path to Self-Compassion*.

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



Plats: Grand Hotel, Bantorget 1, Lund

Avgift: Medlem: 2500:- (inkl. festmiddag 21/10 & lunch 22/10)

Icke-medlem: 2900:- (inkl. lunch 22/10, men exkl. festmiddag 21/10)

Heltidsstuderande medlem: 600:- (inkl. lunch 22/10, men exkl. festmiddag 21/10)

I avgiften ingår kaffe, fika och för medlemmar festmiddag på Grand.

Anmälan: endast via hemsidan [www.sfkbt.se](http://www.sfkbt.se) senast 2 oktober 2010.

Anmälan till handledarmötet görs också via hemsidan: [www.sfkbt.se](http://www.sfkbt.se)

Kontaktadress för frågor: [sfkbt2010@gmail.com](mailto:sfkbt2010@gmail.com)

## Compassion-workshop 23/10

Årskonferensen följs av en heldags fördjupande workshop om Mindful Self-Compassion Training, med Christopher Germer. För mer information, prisuppgifter samt anmälan vänligen kontakta [hampus.lundin@gmail.com](mailto:hampus.lundin@gmail.com)

# Att jobba med organisationsutveckling

## Organizational behavior management (OBM)

Text: Kenneth Nilsson Leg psykolog, leg psykoterapeut och handledare i KBT.  
Verksam i sin verksamhet Beteendeanalysgruppen

**Organizational behavior management (OBM) sprider sig i Sverige. Allt fler intresserar sig för området organisationsutveckling. Kopplingen till KBT finns, men är inte helt självklar i alla lägen. Psykolog Kenneth Nilsson berättar här lite om vad han och några kollegor till honom tycker.**

De flesta KBT:are jag stött på som jobbar med organisationsutveckling får eller skaffar sig uppdrag som ligger relativt nära det kliniska området. Det kan vara en chef som behöver hjälp med problemlösning eller en arbetsgrupp som inte fungerar och som vill ha hjälp att kommunicera bättre. Gränsen mot terapi kan vara oskarp. Kanske kallar man det coaching eller konsultation men innehållet skulle i vissa delar lika gärna kunna kallas KBT. Men på det sättet bygger man

**”Många av de principer för funktionell beskrivning av beteenden som används av kliniker kan också användas av organisationskonsulten”**

strategiskt upp sin erfarenhet och lär sig växla mellan kliniska uppgifter och konsultuppdrag. Många av de principer för funktionell beskrivning av beteenden som används av klinikern kan också användas av organisationskonsulten. Men de beteenden som analyseras är oftast annorlunda och påverkan kanske heller inte ska ske individ för individ utan i grupper med ibland ganska många medlemmar, över hierarkier och funktioner.

### OBM

Det område som på amerikansk engelska benämns 'Organizational behavior management' (OBM) kallas också ibland på svenska för OBM. "Organizational behavior" är i sig en mycket vid benämning som verkar användas ungefär som "organisationspsykologi" används på svenska. Det där med "management" kommer från titeln på en tidskrift som startades ca trettio år sedan. Med bakgrund i beteendeanalys hade det väl egentligen varit bättre att det fått heta 'Organizational behavior analysis'. Så blev det inte även om uttrycket använts i några sammanhang, men nästan aldrig nu längre. "Analys" kanske inte heller attraherar affärsintresserade lika mycket som "management".

### Beteendeförändring i fokus

Trevliga utmaningar för konsulten i OBM är att omformulera beställarens ibland vaga önskemål och beskrivningar av problem och utmaningar till beteendebeskrivningar. Om resultat skall uppnås måste beteenden förändras, oavsett om det är tjänster eller produkter som skall produceras. Det är samma sak som inom det kliniska området, alla syftar egentligen till att åstadkomma beteendeförändring. Det är vilken som är den mest framkomliga

**”Nästan alla arbetar för beteendeförändring men uttrycker sig kanske inte så eller vill inte erkänna det”**

(och rätta) vägen dit som emellanåt debatteras livligt. Nästan alla arbetar för beteendeförändring men uttrycker sig kanske inte så eller vill inte erkänna det. Inom OBM är man däremot uttryckligen uteslutande intresserad av påverkan på beteenden.

Såvitt jag kan se är de allra flesta försök att påverka beteenden i organisationer baserade på kognitiva modeller av någon sort.

Om värderingar ändras eller om attityder påverkas så ska också människor göra annorlunda. Det är ganska sällsynt med ett funktionellt perspektiv där konsekvensen av beteenden sätts i fokus, som är fallet inom OBM. Därför är det också vanligt att konsulter i organisationsutveckling får uppdrag som handlar om att bistå med att jobba med värdegrundsfrågor, medarbetares inställning till arbetet, medarbetarskap och liknande saker hellre än att bistå med analys av

**”Problem ska lösas. Helst igår”**

förstärkningskontingenser. Normalt sett brukar det vara ungefär så här: personaldagar arrangeras, konferensanläggningar bokas, möten hålls, övningar med ibland oklar relevans för vardagens utmaningar sätts igång och reflektioner flödar fritt. Ibland blir det bra, alltför ofta verkar det sluta med att skriftliga dokument producerats som specificerar vad som borde göras. Tungt fokus på aktiverarsidan med andra ord. Sällan anges vilka aktiverare (stimuli) och konsekvenser som skall påverka resultatdrivande beteenden. Nästan aldrig problematiserar man hur resurserna för förändring skall fördelas. Hur man skall få det hela gjort lämnas till sitt öde.

### Många perspektiv på organisationer

Om det finns några hundra olika varianter på psykoterapi (om jag minns Alan Kazdin rätt) så finns det ännu fler varianter på organisationsutveckling. Man inte bara försöka limma ihop olika perspektiv som psyko-

logi, sociologi och olika medicinska specialiteter till något praktiskt användbart, nu tillkommer också en rad specialområden inom finans och ekonomi, juridik och samhällsvetenskap. Alla med sin egen idé om hur verksamheter skall ledas och organiseras. Det här gör att KBT:aren som vill ge sig in på organisationsområdet behöver sätta sig in i en del saker som annars skulle ligga en bra bit ifrån centrum. Man kan inte förvänta sig att beställare och andra man träffar i samband med organisationsutveckling direkt ska förstå idéer om beteendepåverkan hämtade t ex från beteendeanalys. Och man får lära sig att beskriva det man vill säga på ett aningen förenklat sätt. Det finns mycket sällan tid till mer djupgående filosofiska diskussioner eller seminarier. Problem ska lösas. Helst igår.

**”det är roligt att vara verksam inom två olika områden, det ger en generell stimulans”**

### Att som KBT:are börja jobba med OBM

Det råkar nu tursamt ganska nyligen ha kommit ut några nya böcker om det här med OBM. Eftersom jag råkar känna författarna (ni inser att det här området inte är särskilt stort, ännu) tar jag och ringer upp några av dem och kollar hur de ser på saken. Först ut blir Mats Brandberg. Mats har jobbat länge med KBT och beteendeanalys och har dubbla roller som terapeut och konsult. Han har tillsammans med Karin Folkesson nyligen kommit ut med

boken Beteenden - länken till strategiska resultat. Jag frågar honom hur det är att flytta mellan de olika rollerna som terapeut och konsult.

- Det är bra att ha en fot inom varje område. Man lär sig mycket i ena sammanhanget som sen går att föra över till det andra. Just nu tycker jag det är intressant att sätta mig in i utvecklingen inom relational frame theory (RFT). Det är relevant både för terapi och OBM. Praktiskt sett kräver det här förstås mer planering men det är roligt att vara verksam inom två olika områden, det ger en generell stimulans, säger Mats Brandberg.

OBM har ibland beskrivits som KBT i organisationer och det tycker jag själv blir missvisande men det kan kanske av marknadsföringsskäl ha en god effekt. Jag ser det som att beteendeanalys ska lyftas fram som något speciellt, inte kanske just KBT. Kognitiv beteendeterapi omfattar idag så mycket att man riskerar att tappa i precision om man inte kopplar OBM tydligt till beteendeanalys.

Jag råkar på nära håll ha följt psykolog Rolf Olofsson när han skrivit boken Beteendeanalys i organisationer - handbok i OBM. Även om man utifrån titeln på boken kan gissa svaret så kollar jag med honom. Vad är det allra viktigaste med OBM?

- Viktigast med OBM är att det hjälper till att hålla fokus på att verkligen se vad som påverkar människors beteende i organisationer. Man får också hjälp med att göra analys och skapa rätt förutsättningar för de beteenden som leder till resultat. Med OBM kan organisationer och ledare koncentrera sig på att förändra beteenden, inte ändra på människor, säger Rolf.



Rolf Olofsson har jobbat med OBM-området i över trettio år. Han har också en klinisk bakgrund, har jobbat med utbildningar i många olika typer av organisationer och som konsult i ännu fler. Vad tycker han är roligast med OBM just nu?

- Roligast är att det är medvind för OBM. Det ligger i tidsandan, många andra inriktningar börjar också nämna detta med beteenden. Det är helt tillåtet att mäta, utvärdera och prata om att ledare får påverka. Alla dessa saker är kul att se just nu. Förutsättningarna för det här arbetssättet är bra och det finns möjligheter för många fler konsulter att börja jobba med OBM. Fler och fler använder sig av beteendeanalys som verktyg. Det är också roligt att få en bok utgiven som beskriver arbetssättet och att få utbilda inom området.

### Hur ser andra än KBT:are på OBM?

Man kan undra hur andra som t ex arbetar inom personalområdet, och som kanske inte har en utbildningsbakgrund som innehåller KBT, uppfattar det här med OBM. Jag ringer upp Leif Andersson som tillsammans med Mira Klintro skrivit boken OBM - ledarskapets psykologi. Leif är psykolog men har också en bakgrund från IT-branschen och arbetar som utbildare och konsult. Hur tycker du att intresset för detta med OBM är bland personer i personalfunktion som inte har KBT-bakgrund?

**Det är helt tillåtet att mäta, utvärdera och prata om att ledare får påverka**

- Jag är förvånad över hur stort intresset är. Många känner till tänkesättet och har ett allmänt intresse. Det finns en positiv känsla kring de olika begreppen. Däremot är kunskapen inte så stor men det är nästa steg. Man träffar personer som säger att de får omvärdera det de tidigare tyckt och att OBM vänder på saker och ting.

De här erfarenheterna från personer som arbetar med personalfrågor står lite i kontrast till erfarenheterna som Mats Brandberg har när jag frågar hur han tycker att de chefer och ledare han träffar som konsult uppfattar OBM.

- Det finns ett intresse men det är avvaktande, det är svårt att sätta sig in det här med beteenden. Det är inte självklart att man tar till sig det här området. Det gäller att påvisa nyttan och behovet, menar Mats.

Själv tycker jag att en utmaning är att presentera OBM och beteendeanalys på ett sätt som är attraktivt och korrekt. Att konstruera ett exempel kring en ABC-analys är en sak som de flesta kan hantera, att få analysen att bli psykologiskt meningsfullt och inte bara en uppräkningslista av vad som hände först och vad som hände sen är en lite större utmaning. Att analysera den vilda verkligheten innebär ytterligare en ansträngning. Och sen gäller det att inte glömma att själva förändringen också skall genomföras. Och utvärderas. Alla, nästan, kan tänka kring psykologiska fenomen och gör det varje dag. Att då komma med något som kräver en extra ansträngning är en utmaning för budbäraren, och bygger på att det också ger goda effekter.

**Att som KBT:are börja jobba med organisationsutveckling**  
Om man nu som KBT:are vill ar-

beta mer med organisationer, kanske parallellt med kliniskt arbete, hur gör man då? Som vanligt underlättar både utbildning och erfarenhet. En del går att läsa sig till. Annat kräver erfarenhetsbaserad inläring och modellering. Rolf Olofsson tipsar om att man kanske kan börja arbeta inom företagshälsovård eller i nätverk, snarare än att möta utmaningen genom att sätta igång sin egen verksamhet direkt. Det kan ju fungera det också men riskerna kanske är större.

- Som KBT:are har man många användbara färdigheter med sig. Framför allt sitt analysätt men det handlar också om att använda det i ett nytt sammanhang. Att formulera mål, ge feedback och träna färdigheter är viktigt kliniskt men också inom OBM. Förhållningssättet som konsult skiljer sig en del från det terapeutiska, men det finns många möjligheter att lära sig om man kommer in i ett sammanhang, tycker Rolf.

**Och sen gäller det att inte glömma att själva förändringen också skall genomföras. Och utvärderas**

Mats Brandberg påpekar att detta med att lämna det kliniska synsättet och blir mer beteendeanalytisk är en viktig sak, att intressera sig för beteenden i andra kontext än det kliniska och öva sig på att jobba i andra operanta banor.

Själv vill jag gärna genomföra OBM fullt ut i olika uppdrag men det är ännu svårt att övertyga

beställare om den saken, man vill ofta ha med även andra perspektiv. Jag frågar Leif Andersson om hans erfarenheter. Måste också andra saker in, eller hur gör du?

- Det är sällan man får göra OBM hela vägen, de beställer delar. Men det är ett paradigmskifte på gång. Man kommer långt bara genom att presentera perspektivet att konsekvenser av beteenden styr. Vi öppnar en annan dörr än den vanliga. Man får komma ihåg att många är väldigt nöjda med att lära sig se skillnaden mellan beteenden och egenskaper, påminner Leif.

### OBM och beteendeanalys

OBM har sin tydliga utgångspunkt i beteendeanalys. Området har utvecklats sedan slutet av 1950-talet men benämningen OBM kommer först under 1970-talet och används framförallt i akademiska sammanhang. De olika konsultföretag som arbetar med OBM brukar i regel sätta sitt eget namn på sina tjänster och produkter, och då ofta någon kombination som innehåller uttrycket "behavior based". Rolf Olofsson och jag har valt att på svenska kalla det vi gör för "beteendeanalytisk organisationsutveckling" (BAOU) eftersom vi vill betona det beteendeanalytiska,

undvika amerikanska akronymer och slå ett slag för långa namn.

**I samtliga fall där OBM är inblandat finns ett tydligt fokus på kopplingen mellan beteenden och resultat**

OBM har traditionellt attraherat personer med akademisk utbildning i psykologi och särskilt beteendeanalys. Det gör också att de allra flesta exemplen på tillämpningar finns inom vård och behandling för t ex utvecklingsstörda eller personer med autismtillstånd. Men genom åren finns många exempel på hur man med OBM arbetat med förändringar inom andra branscher. Det största enskilda området för OBM-insatser utanför vården är beteendebaserad säkerhet ("behavior based safety") som innebär att man arbetar beteendebaserat för att skapa trygga och säkra arbetsplatser. I samtliga fall där OBM är inblandat finns ett tydligt fokus på kopplingen mellan beteenden och resultat.

För den som vill ha inspiration kring detta med OBM så finns OBM-network (www.obmnetwork.com), det finns en hel del böcker att njuta av (se upp; alla som har "organizational behavior" i titeln är inte OBM, se OBM-network för tips och förslag på läsning), det finns konferenser (OBM-network har tips om detta också), det inträffar workshops då och då (BTF arrangerar t ex en nu i höst med Rolf Olofsson) och det finns allt fler som börjar intressera sig för området även utanför kretsen av beteendestresserade KBT:are.

### Aktuella litteraturtips

Andersson, L., & Klintrot, M. (2009). OBM - Ledarskapets psykologi. Stockholm: Bonnier utbildning. Brandberg, M., & Folkesson, K. (2010). Beteende - länken till strategiska resultat. Lund: Studentlitteratur. Olofsson, R. (2010). Beteendeanalys i organisationer - handbok i OBM. Stockholm: Natur och Kultur.

### Att skriva i Beteendeterapeuten...

*...behöver inte vara så svårt och är mycket välkommet!*

*Tidningens innehåll ska framförallt innehålla bidrag från BTF:s medlemmar och inte enbart från redaktionen. Med förhoppningen att fler känner sig manade att skriva och vågar ta steget att bidra till tidningen erbjuder Beteendeterapeutens redaktion hjälp med återkoppling på inskickade bidrag före publiceringen i tidningen, om så önskas. Kontakta redaktören och be om att få synpunkter på det du skrivit så hjälper redaktionen gärna till. Foton är också mycket välkomna och ju högre upplösning desto bättre!*

## Cureum söker KBT-psykolog



**Cureum AB** är ett privat företag som sedan 2005 arbetar med utredning och psykiatrisk öppenvård för barn, ungdomar och vuxna. Kognitiv beteendeterapi utgör en viktig del i vår metodgrund. I företaget arbetar psykiatriker, psykologer, socionomer, sjuksköterska, läkarsekreterare och verksamhetschef. Vårt huvudkontor är beläget i Örebro, en mottagning finns i Västerås.

Vi behöver nu utöka våra psykologresurser till mottagningen i Västerås och söker Dig som vill vara delaktig i att utveckla vår verksamhet. Tjänsten är på 100 %. Vi erbjuder Dig ett omväxlande, utmanande och kreativt arbete samt möjlighet att ingå i ett team med olika yrkeskompetenser där många har lång erfarenhet av utredning och behandling av barn, ungdomar och vuxna.

Vi söker dig som är legitimerad psykolog med inriktning mot KBT. Dina arbetsuppgifter kommer att sträcka sig från bedömning/utredning till behandling och utbildning för olika grupper av klienter och verksamheter. Vi uppfattar det som meriterande om du har erfarenhet från psykiatri, habilitering, från arbete med barn och vuxna samt vana att bedriva utredning och behandling självständigt.

Vi önskar en kort beskrivning av dig själv samt ditt CV. Maila din ansökan till [boudin@cureum.se](mailto:boudin@cureum.se) senast den 1 oktober.

För information runt arbetsinnehåll som psykolog kontakta leg. psykolog Alexander Håkanson, telnr 019-603 35 94, e- post [hakanson@cureum.se](mailto:hakanson@cureum.se).

För ytterligare information runt arbetsplatsen kontakta platschef Anders Tengström, 0707-36 29 49 alt. e-post [anders.tengstrom@ki.se](mailto:anders.tengstrom@ki.se)



## Mitt-KBT: Nätverket för Västernorrland och Jämtland

*Text: Ulrika Söderlund*

Mitt-KBT hade sin första upptaktsträff i Sundsvall 9/6 2010. Det var en entusiastisk skara KBT:are som träffades och gjorde ett minnesvärt avtryck på KBT-kartan i Sverige. Närvarande var Ulrika Söderlund, Håkan Andersson, Michael Holmgren, Tomas Unger, Stefan Olsson, Katharina Johansson, Elisabeth Ling, Anna Svensson, Agneta Nilsefur, Eva-Marie Sundström och Åsa Gradin.

Dagen inleddes med en lugnande (eller uppiggande) kaffestund innan dagens "ordförande" tillika sekreterare Mikael Holmgren satte agendan tillsammans med oss övriga. På ett mycket professionellt sätt arbetade Mikael med datorns teknik online för oss på ett direkt exponerat sätt.

Stefan och Anna berättade om hur nätverksidén började, att KBT inte är helt självklart urskiljt inom länen samt om vikten av utbildnings- och handledningsfrågor. Det här nätverket kan underlätta för kommande sådant, att man känner till och förmedlar info om KBT, BTF och vårt nätverk.

Vi avhandlade funderingar som: hur ser kompetensnivån för KBT ut i länet, Västernorrland, Jämtland? Vad har vi för kvalitet? Rehabgarantin och vad används pengarna till, KBT, nätverket och framtiden.

Kompetensnivån inom vårt nyskapade nätverket gicks igenom och det var mycket intressant att ta del av varandras KBT-historia och nuvarande specialintressen. Vi konstaterade att nu när vi har bättre koll på varandra så kan vi också rekommendera varandra mer professionellt och ta hjälp av Nätverket bättre.

Sen intog vi en härlig lunch och efter det tog några av oss en promenad i mindfulnessanda.

På eftermiddagen visade Mikael terapieresultat från Sundsvalls sjukhus psykologmottagning under 2009. Vi kunde gemensamt konstatera att KBT givit fina resultat!

Framtiden för Mitt-KBT diskuterades och för att höja kompetensnivån både för oss själva och människorna i länen diskuterade vi bland annat planer på föreläsningar eller workshop. Svårigheterna att välja ämne inom KBT kunde eventuellt underlättas av att se över de föreläsare som länen anlidade inom aktuella KBT-utbildningar (eller kanske av oss BTF:are själva...).

Mitt-KBTs entusiastiska skara medlemmar konstaterade att dagen varit fantastisk och berikande. Vi beslutade att träffas till hösten igen och fram tills dess mötas på "nätet"!



Beteendeterapeutiska föreningen

# Wittgenstein – en behavioristisk husgud

Text: Johanna Frid

Den österrikiske språkfilosofen Ludwig Wittgenstein kom att präglade en stor del av 1900-talets filosofi. Hans två största verk, "Tractatus" och "Filosofiska undersökningar", var en viktig grund för Wienkretsen – gruppen av psykologiskt orienterade filosofer som kom att utveckla delar av behaviorismen. Wienkretsen, eller de logiska positivisterna som de också kallades, var främst verksamma under 1920- och 30-talen. I efterdyningarna av detta har Wittgenstein och behaviorismen debatterats. Var han behaviorist eller ej? Wittgensteins skrifter kan, på grund av sitt språk och något dunkla upplägg, tolkas åt både det ena och det andra hållet. Visserligen säger han rakt ut i Filosofiska undersökningar att han inte är behaviorist, men å andra sidan innehåller boken också ett flertal exempel på den typ av behaviorism som de logiska positivisterna argumenterade för. Eftersom både behaviorister och deras motståndare gärna vill ha en tung filosof på sin sida är frågan viktig. Var Wittgenstein behaviorist?

Ett av de mest förekommande argumenten för att hävda Wittgensteins behaviorism är metaforen med skalbaggen i asken. Vi föreställer oss att alla har en ask. I asken finns något alla kallar "skalbagge". Man kan inte titta i någon annans ask och bara genom att titta i sin egen ask vet man vad en skalbagge är. Vad som finns i asken kan alltså vara vad som helst: den kan vara tom, det kan vara ett objekt som

**Var Wittgenstein behaviorist?**

ständig förändras – det är omöjligt att veta. Liknelsen med skalbaggen i asken fungerar som bild av tankar och känslor: många betraktar dem som privata i den betydelsen att vi inte kan prata om dem och veta exakt vad som åsyftas. Ändå pratar vi faktiskt om skalbaggar, tankarna och känslorna: de är inte privata.

Skalbaggsasken (argumentet mot ett privat språk) är ändå inte tänkt som någon behavioristisk käpphäst. Wittgensteins tankar kring detta var en reaktion mot introspektion och gåtfulla, utsägliga mentala tillstånd. Denna reaktion leddes av Wittgenstein och de logiska positivisterna. Positivismen präglas av verifikationsprincipen: en sats måste kunna verifieras empiriskt för att vara meningsfull. Annars är det en metafysisk sats utan kognitivt innehåll.

Därför blir det viktigt hur vi talar om det mentala. Verifikationsprincipen ställer höga krav – overta beteenden är ju det enda som tycks verifierbart! Det är här vi finner det teoretiska glappet mellan Wittgenstein och de logiska positivisterna. Ingenting vill tillåta ett gåtfullt inre som referent för påståenden av typ "Jag har ont", "Jag är ledsen", "Jag är arg". Behaviorismen löser det genom att hävda att en person ändå får granska sig själv. På samma sätt som vi kommer fram till att någon har ont, noterar vi smärtbeteendet hos oss själva. Men Wittgenstein håller inte med. Vi kommer inte på att vi är ledsna genom att iakttå vårt eget ansikte i spegeln och se att vi gråter! Vi känner att vi är ledsna och säger uppriktigt "Jag är ledsen". Positivisterna medger att detta är

möjligt, men att "Jag är ledsen" är en meningslös sats. Det är ett metafysiskt påstående utan sanningvärde, i samma klass som konst och lyrik.

**Vi kommer inte på att vi är ledsna genom att iakttå vårt eget ansikte i spegeln och se att vi gråter!**

Enligt Wittgenstein är detta att negligera de expressiva, uttryckande satserna. Han vill erkänna yttranden om känslotillstånd, utan en strävan efter att verifiera dem empiriskt. Istället ges de en nästan animal status, att jämföra med skrik eller gråt. Wittgensteins språkfilosofiska uppfattning är uppenbar - men gör den honom till behaviorist?

Diskussionen är gåtfull. Vilka anledningar har vi att använda den ganska vimsiga "Filosofiska undersökningar" som grund för det ena eller det andra? Wittgensteins filosofi tycks penetrera djupare mark än de logiska positivisternas omhuldade behaviorism och rigida krav på verifikation. Så svaret på frågan om huruvida Wittgenstein var behaviorist är kluvet. En kompromiss är möjlig, eftersom hans hållning i exempelvis skalbaggefallen överensstämmer med behavioristernas. Men eftersom han själv bestämt hävdade att han inte var behaviorist, är han kanske inte det mest givna valet av husgud.

# Två anteckningar om den psykoterapeutiska relationen

Text: Alejandro Muñoz Retamal

I Beteendeterapeuten 1 2010 skrev jag en första anteckning om den psykoterapeutiska relationen (N=18). Nu kommer en ny anteckning som har gjorts på en ny grupp. Denna gång består gruppen av 12 kandidater på grundläggande utbildning i KBT (N=12, 9 Kv och 3 M).

Man fick ange tre ord för att beskriva sin eventuella terapeut men man kunde skriva fler ord om man tyckte att det var viktigt. För enkelhetens skull valdes här bara första ordet som kandidaterna skrev i sina svar. Det är en grupp mellan 26 och 52 år, majoriteten av dessa kandidater har erfarenhet från psykiatri och socialtjänst.

Hur vill man att ens terapeut ska vara om man ska gå i psykoterapi? Det förutsätts att man vill gå i terapi av egen motivation och inte för att FK kräver det, kräver att patienten visar att han/hon gör något för att förändra sin aktuella livssituation eller förbättra sitt psykiska hälsotillstånd. Arbetsgivaren kan ställa krav på en person att gå i terapi för att undvika uppsägning eller betala en terapi efter att företaget har sagt upp någon. Domstolen kan döma en person till vård. Patienten kan behöva ett intyg. Hur ser patientens motivation ut? Vill man vara där överhuvudtaget? Kanske inte.

Någon slutade efter tre gånger hos sin terapeut. Patienten betalade själv. På min fråga om vad som hade hänt svarade hon: "Det gjorde inte klick". Jag försökte få mer information om det som hade hänt men möttes av muren som kallas personkemi. Personkemin stämde inte.

Det enda som jag vet idag är att det inte klickade, utan att ha fått en bra beskrivning av varken händelsen eller upplevelsen.

Det kan också vara så att patienten vill undvika att prata om en misslyckad kontakt, om ett försök att etablera en arbetsrelation som ett sätt att skydda sig själv eller skydda sin terapeut. Jag kommer att fortsätta att reflektera om det här lite senare.

Men tillbaka till min N=12 grupp. Det blir nästan naturligt att fråga sig om det kan finnas relevanta svar i det här ämnet. Om man kan spegla den mänskliga dia-

den som vi har valt att kalla för arbetsrelation. Hur ser bilden ut? Kan bilden spegla kandidatens förväntningar oavsett om hur de ser ut? Oavsett om de är mer eller mindre realistiska? Här är det värt att nämna att ingen inriktning nämndes när de fick tänka på en eventuell terapeut. En del av dem hade gått redan i terapi eller hade en utbildningskontakt på gång.

**Det blir nästan naturligt att fråga sig om det kan finnas relevanta svar i det här ämnet**

Här presenteras bara det första ordet av kandidaternas svar. Tanken är att det första ordet visar det som är viktigast eller mer närvarande i kandidaternas medvetande. Tanken är inte fri från inbakade svårigheter för att olika personer tänker olika snabbt eller för att ett svar kan växa under tiden man svarar. Eller att det finns andra aspekter som jag inte har tänkt på.

## Hur ska min terapeut vara?

1. empatisk =2
2. inlyssnande/empatisk = 1
3. lyhörd, lyssnande =3
4. inkännande =1
5. lugn =1
6. närvarande =1
7. genuin = 1
8. mjuk =1
9. svarar ej =1

I den här gruppen blir det mest frekventa svaret empati. Men det fanns kandidater som inte skrev ordet empati alls. En kandidat svarade inte. Sedan kom lugn, närvarande, genuin och mjuk. Går man efter dessa svar kan man beskriva terapeuten på följande sätt:

**"Det är en yrkesperson som lyssnar och är lyhörd, empatisk, inkännande, intresserad och**

*närvarande samtidigt som han/hon är genuin, mjuk och lugn”.*

Det är en beskrivning som de flesta kan vara överens om. Det speglar det terapeuten gör i rummet på ett någorlunda objektivt sätt. Det går att beskriva i beteendetermer. Frågan blir sedan om alla dessa egenskaper ska räcka eller om det skulle behövas något mer. I den andra delen av beskrivningen vet man inte heller vilken innebörd var och en lägger i orden. Hur vet man att terapeuten är t ex genuin? Vilka handlingar hos terapeuten leder till att man tycker att terapeuten är varm? Hur kommer man fram till det? Stämmer patientens förväntningar överens med det som händer under bedömningssamtalet/orienterande samtalet? Vad är det som möts? Vad är det som patientens perception prioriterar? Hur ser patientens uppfattning ut? Hur uppfattar patienten det terapeuten gör under samtalets gång? Kan det handla om mindre objektiva parameter

”Hur vet man att terapeuten är t ex genuin?”

eller lågintensiva signaler? Vad är orsaken till att en patient vill byta terapeut? Hur kommer patienten fram till att ”jag vill byta terapeut”?

Kan det vara en blandning av det terapeuten gör i rummet och som går att beskrivas som overta beteenden + det patienten uppfattar av dessa beteenden + patientens subjektiva bild av det som händer i rummet och som sammankörs med patientens egna förväntningar + ... och som blandas med andra handlingar och uppfattningar som gör att till exempel patienten kommer fram till att terapeuten är trygg?

### Enheten för ångestforskning Psykologiska institutionen Stockholms universitet

#### Inbjuder till två workshops

### Maximizing the Impact of Cognitive Therapy for Depression: Insights from Clinical Practice, Supervision, and Research on the Process of Change

Professor *Robert J. DeRubeis*, Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, United States.

**Datum:** Måndagen den 13 december, kl. 9.00-16.00

**Plats:** Sal U10, Psykologiska inst., Stockholms universitet, Frescati Hagväg 8.

**Avgifter:** Medlem i BTF och sfKBT 1800 kr, Heltidsstuderande 750 kr, PTP-psykologer 900 kr, Icke-medlem: 2300 kr (samtliga priser inklusive moms).

**Sista anmälningsdag:** 1/12

**För information och anmälan se:** <http://www.psychology.su.se/workshop/depression/>

### Cognitive Therapy for Post Traumatic Stress Disorder

Professor *Anke Ehlers*, Institute of Psychiatry, King's College, London

**Datum:** Måndagen den 15 november, kl. 9.00-16.00

**Plats:** Sal U32, Psykologiska inst., Stockholms universitet, Frescati Hagväg 8.

**Avgifter:** Medlem i BTF och sfKBT 1800 kr, Heltidsstuderande 750 kr, PTP-psykologer 900 kr, Icke-medlem: 2300 kr (samtliga priser inklusive moms).

**Sista anmälningsdag:** 1/11

**För information och anmälan se:** <http://www.psychology.su.se/workshop/ptsd/>

# Bokrecensioner

Text: Liv Larsson

## Recension

**Coaching med tema KBT**

**Författare: Åsa Palmkron Ragnar och Lena Brandt Persson**

**Förlag: Palmkrons**

**ISBN 978-91-89638-20-4**

”Coaching med tema KBT” är en relativt nyutkommen bok som är tänkt att både fungera som en handbok för coacher och självhjälpsbok för människor intresserade av personlig utveckling, vilket inte ska sammanblandas med terapi då coaching inte är psykoteraeut. Boken är skriven av Åsa Palmkron Ragnar, specialistläkare i psykiatri med grundläggande utbildning i KBT samt Lena Brandt Persson, civilekonom och medlem i ICF (International Coach Federation).

Boken är indelad i tre delar där den första delen går igenom coaching steg för steg i syfte att frigöra vår fulla potential och ”ta fram det bästa” ur oss. Det innebär att man som läsare får hjälp att se sin utvecklingspotential med målet att genomföra en förändring. Detta görs genom att man som läsare stegvis guidas närmare förändringens genomförande. De inledande stegen handlar om att läsaren uppmuntras

reflektera kring frågor som: vad vill du med ditt liv, vilka behov motiverar dig och vad vill du uppnå? Det handlar vidare bl a om att läsaren ska utforska sina starka sidor, vilken inlärningsstil läsaren har och hur läsaren kan ge sig själv positiv förstärkning. Uppmärksamhet ägnas även åt kunskap om känslor och potentiella förändringshinder i form av negativa tankemönster och hur dessa kan övervinnas. Bokens första del avslutas sålunda med själva genomförandet av förändringen - att gå till handling.

”Boken tar även upp varför det är svårt att säga nej och övningar i detta

Bokens nästa del handlar om att skapa goda relationer till andra människor. Det innebär att identifiera vad man vill uppnå i en situation. När en god relation är viktigast finns konkreta förslag på vad läsaren kan göra för att försöka värna relationen. Boken tar även upp varför det är svårt att säga nej och övningar i detta, hur läsaren kan visa medkänsla och vad läsaren

kan göra för att ge och ta konstruktiv kritik. Den tredje och sista delen i boken kallas ”verktyglådan” och tar upp sådant som hjälper läsaren i samspelet med andra. Den innefattar sådant som aktivt lyssnande, effektfulla frågor, kroppsspråk, feedback och hur läsaren kan hjälpa människor utvecklas.

Denna bok andas förändring och författarna beskriver mycket konkret tillvägagångssättet för att lyckas åstadkomma en sådan. Boken är också mycket generös med att till i stort sett varje teoretiskt inslag lägga till en övning så att jag som läsare inte förhåller mig passivt läsande utan aktivt deltar och på så sätt förhoppningsvis optimerar min egen potential.



**Recension****Himmel, helvete och allt däremellan - om känslor****Författare: Anna Kåver****Förlag: Natur och Kultur****ISBN 978-91-27-11897-3**

Under slutet av 2009 kom Anna Kåver ut med en bok om heter "Himmel, helvete och allt däremellan". Det är en bok om handlar om känslor. Boken inleds med författarens ord om varför hon skrivit boken. Hon berättar att detta är en bok som hon länge velat skriva men att andra skrivprojekt kommit före och att hon haft höga ambitioner med boken vilket ibland resulterat i skrivkramp. Författaren uttrycker så fint att hennes tilltänkta läsare är de människor hon möter "i deras tillfälliga roller som patienter" men att boken förhoppningsvis också kan användas som kurslitteratur inom olika utbildningar eller i det enskilda patientarbetet.

Boken inleds med ett kort kapitel om känslor i vår vardag. Det handlar om vilken känsla föremålen omkring oss ger likväl som när sprudlande glädje drabbar oss. Även om kapitlet är kort och av författaren tänkt att framförallt skapa igenkänning, vilket det också gör, så förflyttas man som läsare in i känslornas värld och ens nyfikenhet väcks på att utforska känslorna närmare. Därefter följer en beskrivning av känslor ur olika perspektiv så som det biologiska-, filosofiska-,

*Text: Liv Larsson*

kulturella- samt psykologiska perspektivet. Det sistnämnda perspektivet har fått mest utrymme och klargör en del begrepp, som affekter och emotioner, men också vilka funktioner känslor fyller. Boken innehåller också ett kapitel om känslor och relationer med tänkvärdheter för att underlätta samvaron med andra.

**”det här är en bok jag länge saknat i patientarbetet”**

De två sista kapitlen dominerar i omfattning. Det näst sista kapitlet har rubriken "Vet du vad du känner"? och hjälper läsaren orientera sig i känslornas djungel. Kapitlet beskriver systematiskt varje känsla med en beskrivning av själva känslan, ord som kan vara förknippade med känslan, händelser som kan leda till känslan, tankar och tolkningar som kan framkalla känslan, hur vi upplever känslan, hur vi uttrycker känslan och vilka eftereffekter vi kan få av känslan. Det sista kapitlet fokuserar praktiskt på hur vi kan hantera våra känslor. Det innehåller konkreta förslag som t ex hur vi kan hantera impulsivt handlande, skapa vår egen glädje eller uttrycka oss så att andra förstår oss.

Hela boken igenom har författaren ett nära tilltal. Det känns

som om hon är med i rummet och berättar det jag läser. Hon vet vad hon pratar om och sitter i samma båt som mig som läsare. Även de teoretiska delarna är vardagsnära skrivna och lätta att ta till sig. Boken är välskriven och sammanhängande. När jag läser boken dyker egna tillkortakommanden upp som exempel på det författaren skildrar men jag ser också flera av mina patienter framför mig. Jag dras in i dialoger jag haft med dem och tänker att det här är en bok jag länge saknat i patientarbetet. Jag tänker främst på de människor jag träffat som saknat ett språk för sina inre upplevelser, här finns det språket och jag ser fram emot att sätta denna bok i händerna på dem.

Efter att ha läst denna bok är jag fullmatad med värdefull kunskap och ett av citaten i boken sammanfattar så bra det boken förmedlat: "Kunskapens kärna är att äga den och använda den" (Konfucius).



**WOULD YOU LIKE TO KNOW MORE?**  
**www.kbt.nu**

**Recension****Jag är inte galen: En bok om panikångest****Författare: Anna Lithander,****med Per Carlbring****Förlag: Bonnier Existens****ISBN 9789174270136**

Anna Lithander är journalist och kommunikatör, nu även författare till en bok om panikångest. Boken bygger på hennes egna upplevelser av panikattacker, rädslor och påföljande social isolering.

**”De stycken där Anna Lithander citerar BTF:s egen Per Carlbring är briljanta”**

Som grund för boken har författaren gjort noggranna efterforskningar och intervjuer med olika sakkunniga - allt från psykologer och farmakologer till idéhistoriker och kulturanropologer. Hon har även inkluderat intervjuer med personer som har drabbats av panikångest, såsom skådespelaren Morgan Alling och fotbollsspelaren Fredrik Berglund.

*Text: Michaela Johansson*

De stycken där Anna Lithander citerar BTF:s egen Per Carlbring är briljanta, som små pärlor av psykologvisdom. Per Carlbring ger läsarna vardagliga exempel, konkreta råd och förmedlar ett empatiskt intryck, vilket borde bidra till normalisering av och ökad förståelse för panikångest.

Boken är systematiskt indelad i tre delar, vilket underlättar läsningen. Först presenterar Lithander vad panik egentligen är; vilket inkluderar symtombeskrivning, kamp- eller flyktmekanismer, myter om panik, agorafobiska undvikanden och vidmakthållande av rädsla a la Clarks feltolkningsmodell. Här presenteras också genetik, biologi, genusperspektiv och samhällsperspektiv kring panik.

Sedan kommer räddningen för den panikdrabbade. I del två lotsas läsaren genom en översiktlig beskrivning av medicinering (tricykliska antidepressiva, bensodiazepiner och SSRI) samt KBT-behandling. Övriga behandlingar, såsom psykodynamisk terapi och akupunktur, avhandlas i en enda paragraf.

KBT förklaras i en tydlig punktlista, innehållande psykoedu-

kation och rational, tankearbete, interoceptiv exponering, exponering för situationer som undviks och slutligen vidmakthållande. Fast presenterat i patientvänliga termer, perfekt att knycka till sina egna panikbehandlingar!

**KBT förklaras i en tydlig punktlista**

Boken rekommenderas å det varmaste, då den dels erbjuder ett patientperspektiv med dagboksliknande inlägg som beskriver hur paniken kan upplevas, och dels erbjuder lättförståeliga modeller. Köp den, använd i behandling och rekommendera till era patienter.



En solnedgång i augusti. Någotting att minnas.

FRÅGA  
LISTAN!

Text. Johan Westöö

Fråga listan!

Frågan denna gång var:

"Hur tror du att KBT (eller psykoterapi i allmänhet) kommer att bedrivas om 50 år?". Och här är de inkomna svaren:

.....

Förhoppningsvis helt i privat regi. Offentlig vård utarmas tills den läggs ner inom 10 år. ACT blir EST. Vi kommer ha bokningsbara "exporum" på mottagningarna (med kameror, podier och sugrör). ETT gemensamt protokoll för ångestsyndrom. Tydlig praxis för utvärdering oavsett tillstånd. Internetpsykiatri är standard och individualterapi för de svåraste. Bra och smidiga mobila lösningar för avbokningar, självregistrering, uppföljningsmätt m.m Facetime (<http://www.apple.com/iphone/features/facetime.html>) med behandlare vid behov.

typ :D

/ C-F Grimberg

Norrtälje Öppenpsyk

.....

Hej

Mitt svar: Jag tror att mycket kommer att bedrivas via nätet med effektiva självhjälpsprogram. Det mänskliga mötet kommer i psykoterasammanhang att ha mindre betydelse i takt med en mer medveten och kunnig befolkning. Jag talar om Sverige. Vi ser ju redan nu hur alltfler tidningar och böcker ges ut i detta ämne som bidrar till en ökad kunskap. Jag tror också att medicinerna kommer att bli effektivare så många svåra tillstånd kommer att bli hjälpta. Sen behövs det alltid ett mänskligt möte men den behöver inte vara professionell i den meningen att man går till en psykoterapeut. Idag utbildas coacher i en aldrig sinande ström och någonstans där kommer väl allt detta att landa. Vi blir coachade mot specifika uppgifter och prestationer. De existentiella frågorna får kanske en plats hos psykoterapeuter och själavården. Och den som lever får se. Intressant fråga iaf.

MVH Elisabeth Innala

.....

Hej!

Vilken rolig fråga. Till svaret:

"Svaret på hur KBT kommer att bedrivas om 50 år kan besvaras utifrån hur den teknologiska utvecklingen har sett ut sedan 50 år tillbaka. För 50 år sedan användes hålkort istället för hårddiskar till datorer. För 50 år sedan användes vinylskivor istället för att få musiken strömmades över internet. För 50 år sedan fick patienten ta sig till den psykoanalytiska läkaren för behandling istället för att kunna vända sig till flertalet olika behandlare över internet. Filmen Avatar leder idag 3DTVs långsamma intåg mot vardagsrummet. Tillsammans med tv-spel som Wii och kommande Xbox Natal kommer vi att luras in i virtuella världar som blir allt mer övertygande. Istället för att sitta ner i soffan med en joystick i handen så springer, hoppar och dansar vi fram genom spelen. Det kan vi göra redan i år. Vad kan ytterligare 50 år ge? Idag kan du bli uppmuntrad att göra fler armhävningar genom att din iPhone, som registrerar armhävningarna, kopplas till Facebook där du visar upp dina framsteg. Alla i ditt nätverk vet om vad du eftersträvar och blir din förstärkande sociala kontext. Vad kan 50 år ge?

Uppenbarligen så behöver du inte om 50 år stå framför en tv eller dator för att kommunicera med din behandlare eller medmänniskor. Du bär ett par enkla glasögon som spelar in information från dig och visar upp övertygande 3D-video från det du behöver lära dig. Du är konstant uppkopplad till den tidens internet som kan överföra hundratals terabyte per sekund. Med enkla engångsplåster ger patienten tillgång till biologisk information och inte bara det som syns och hörs genom glasögonen. Patienten behöver inte vänta en vecka på att få berätta om sina resultat för att få feedback. Det sker omedelbart. "Din saliv visar att du är stressad just nu. Initiera avslappning utifrån den betingade tonen som kommer i ditt öra." Ett expertsystem kan direkt vägleda patienten i sin analys av situationen. Data samlas in anonymt från hela världen och expertsystemet lär sig snabbt utifrån tusentals tidigare profiler och vad som kan vara en passande behandling för patienten. Läkemedelsindustrin har utvecklat individualiserad behandling och kan även använda sig av den enorma information om individen som finns tillgänglig utifrån observationer från engångsplåster, verklig läkemedelsanvändning, beteendedata, etc. Antingen så är det underhållningsindustrin med spelutvecklare eller läkemedelsföretag som står för psykologisk behandling. Företagen heter inte Andréa Andersson, psykolog och psykoterapeut AB utan AstraZeneca. Ihopslagningarnas tid är till och med förbi. Vad sägs om Electronic Arts-Zeneca?

Men ingen tänker då på att kalla det för beteendemodifikation, läkemedelsbehandling eller kognitiva interventioner. Funderar du mycket på när du tar en Alvedon från hyllan? Samhället tar för givet att dessa typer av "ingrepp" är en naturlig del av ett välmående. Man går inte till en läkare eller psykolog på vårdcentralen. Den så kallade övervakningen genom plåsternätet sker konstant för de som har råd att betala prenumerationen till tjänsten. Vissa upplever det som att Storebror ser dig och väljer att inte använda systemet. Andra ser det som konstant optimering inför arbete och livet. De lever med det integritetsintrång som det innebär och litar på företaget om att deras data behandlas med hög säkerhet.

Ärligt talat så är 50 år alldeles för långt borta. Det här kan antagligen vara på plats redan om 30 år."

Tore Gustafsson

Tack till er som funderat och formulerat tankvärda svar på vår fråga i fråga listan!

CEREB AB PRESENTERAR



2011  
ADHD  
VECKA

MED

Dr. R. Barkley  
Dr. J. Swanson  
Dr. D. Coghill  
Dr. T. Brown  
Dr. R. Tannock  
Dr. P. Riggs  
Dr. Y. Ginsberg  
Dr. A. Brar

En hel vecka fylld med state-of-the-art föreläsningar av några av världens främsta forskare och kliniker, med fokus på utredning och diagnostik.

Stockholm, 10-14 januari 2011

Information och anmälan: [www.cereb.se](http://www.cereb.se)