

Beteende terapeuter



Rapport från BABCP

Sarah Egan om klinisk perfektionism

David Veale om "disgust" inom ångeststörningar

Don Baucom om parterapi

Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör

Liv Larsson

Johan Westöö

Michaela Johansson

Styrelsen:

Björn Paxling, Ordförande

bjorn.paxling@gmail.com

Torun Kallings, Medlemssekreterare

btf.medlemssekreterare@gmail.com

Olof Johansson, Kassör

johanssonolof@gmail.com

Mari von Bahr, Sekreterare

mvonbar@yahoo.se

Övriga ledamöter:

Kaj Huggare

kaj.huggare@gmail.com

Maria Jannert

maria.jannert@liu.se

Iman Alaie

imanalaie@gmail.com

Tove Wahlund

tovewahlund@gmail.com

Dan Katz

dan.katz@katzkbt.se

Jonas Bjärehed

jonas.bjarehed@gmail.com

Mats Dahlin

mats.dahlin@gmail.com

Jens Högström

jens_hogstrom@yahoo.se

Kerstin Mill

Kerstin.mill@orebro.se

Manusstopp för nästa nummer

10 november 2011

Bidrag skickas till:

marvelette@hotmail.com

Textformat: Word

(eller RTF om du använder Mac)

Omslag

Sarah Egan. Foto: Michaela Johansson

Tryck och repro

Dahlströms tryckeri, Nyköping

Redigering

Lennart Östlund, Learning Partner,

Nyköping

Redaktionellt

Höstens nummer av Beteendeterapeuten har landat på dörrmattan, eller kanske i brevlådan. Någon som fortfarande har abstinens efter BTF:s 40-årskongress i våras? Lugn, i nummer 3 får du en rapport från BABCP:s årskongress - Storbritanniens motsvarighet till BTF. Beteendeterapeutens Michaela Johansson har dokumenterat några höjdpunkter i skrift och bilder. Till exempel Sarah Egans workshop om perfektionism, som tydligen inte ska vara helt ovanligt bland kliniskt verksamma psykologer...

Nummer 3 innehåller även en sammanfattning av den workshop om tics och Tourettes syndrom som hölls av Douglas Woods i våras. Missa inte artikeln som handlar om ett ofta förbiset och underdiagnosticerat tillstånd, och hur beteendeterapi kan vara till hjälp. I AKBT hittar du ett nytt inslag: en efterlängtd kolumn av professor Lars-Göran Öst. På styrelsesidorna återfinns de tre senaste nyhetsbrev med information från BTF:s styrelse. Genom att läsa dessa håller du dig uppdaterad om vad styrelsen arbetar med, frågor som är aktuella för BTF och i vilka sammanhang föreningen medverkar.

Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

"Disgust" inom ångeststörningar	4
Couple therapy	6
Klinisk perfektionism	8
Beteendeterapi för barn och vuxna med Tourettes syndrom	10
Styrelsesidor	15-18
Aktuellt om KBT - en tidning i tidningen	18-21
Krönikan	22
Bokrecension	23

Ledare

Liksom tidigare år jag suttit i BTF:s styrelse så har sommaren inneburit att aktiviteten i föreningen avtar markant och vi går in i någon form av vila, eller återhämtning om man så vill. Årets semester lyckades jag förlägga precis mellan två styrelsemöten vilket inneburit en skön distans från allt som skett i föreningen under våren. Ett sommarnöje jag delar med många andra är att fara runt på den skånska landsbygden letandes efter såväl stora välkända som små obskyra loppisar. I vanliga fall tar jag avstånd från devisen ”less is more”, både upplevelsemässigt och semantiskt har jag sett det som självklart att just ”more is more”, men i år har jag av någon anledning uppskattat de små och välsorterade loppisarna mer än de välfyllda överdådiga.

Mina funderingar kring vilken typ av loppisutbud jag föredrar transformerades sedan på något obemärkt vis till funderingar på vårdutbud i psykiatrin. Jag mindes hur jag under en period för några år sedan arbetade med att skriva anbud till psykiatriupphandlingar, och

” jag ser inget självändamål i att ha ett brett vårdutbud om de enskilda behandlingar som ges inte lever upp till grundläggande krav på evidens ”

hur just frågan om vilket vårdutbud som skulle erbjudas särskilt väckte mitt intresse. Precis som många andra medlemmar i BTF tycker jag att evidensen ska vara styrande ifråga om vilken typ av vård som ska erbjudas, jag ser inget självändamål i att ha ett brett vårdutbud om de enskilda behandlingar som ges inte lever upp till grundläggande krav på evidens. Jag mindes det som en svår balansgång att författa just dessa delar i anbudet: att tydligt kunna visa att endast de behandlingsformer som har det bästa forskningsstödet erbjuds, samtidigt som utbudet i sig inte får upplevas som för smalt eller ”fattigt”. På samma sätt frågar mig patienter ibland ”Kan du bara KBT?”, en fråga jag ser som lika absurd som välförståelig i ett samhälle där vi alla vet att vi vill ha

mer av något, men inte alltid är riktigt säkra på vad vi vill ha mer av eller varför.

Från vårdutbud i psykiatrin vandrade mina tankar vidare till BTF och den diskussion vi nyligen haft i styrelsen om vilka sammanhang föreningen bör medverka i. Å ena sidan har BTF mycket att vinna på att synas

” Jag vet inte om jag blev mycket klokare av att låta tankarna vandra mellan loppisar, vårdutbud och BTF-medverkan i olika kontexter ”

i så många sammanhang som möjligt – varje mässa och kongress brukar bära med sig nya medlemmar och fina möjligheter att nå ut med våra budskap. Å andra sidan innebär varje deltagande i ett arrangemang att vi kan komma att förknippas med arrangemanget ifråga, och frågan väcktes om hur mycket BTF bör dela de grundläggande värderingar som vi upplever att ett visst arrangemang står för och om ett deltagande från vår sida ska vara aktuellt. Återigen en svår balansgång, om vi enbart informerar om BTF till de redan likasinnade så går det inte riktigt att säga att vi fört ut våra budskap, samtidigt som vi riskerar att ideell arbetstid och resurser spenderas i onödan då vi medverkar i sammanhang som vi exempelvis upplever som evidensfientliga.

Jag vet inte om jag blev mycket klokare av att låta tankarna vandra mellan loppisar, vårdutbud och BTF-medverkan i olika kontexter, men nu när föreningsaktiviteten ökar igen inför hösten och styrelsen planerar den årliga arbetshelgen så känns det skönt att ha fått lite perspektiv på hur saker och ting kan hänga samman. Inga beslut togs och inga slutsatser nåddes den där sommardagen då tankarna fick lite friare spelrum, och det var inte heller meningen. Med hopp om en riktigt trevlig BTF-höst, och på återseende!

BJÖRN PAXLING
Ordförande
i Beteendeterapeutiska föreningen



David Veale: "Disgust" inom ångeststörningar

Text och foto: Michaela Johansson



David Veale.

David Veale höll en heldagsworkshop på BABCP:s årskongress i juli i Guildford, Surrey. Under workshopen gick han igenom den teoretiska bakgrunden till emotionen "disgust" (översätts till avsky, avsmak eller äckel men i brist på helt träffande motsvarighet på svenska har jag valt att behålla den engelska termen). Han gick även igenom fyra ångeststörningar där disgust spelar en komplicerad roll (OCD, BDD, blodfobi och specifik fobi för att kräkas). Dock var det mest fokus på hur de respektive ångeststörningarna tar sig uttryck och mindre fokus på hur behandling av disgust skiljer sig mot sedvanlig behandling av ångest. Eftersom den genomsnittlige läsaren av Beteendeterapeuten kan antas ha ett gott hum om hur ångest tar sig uttryck, har jag valt att fokusera mer på det teoretiska begreppet disgust.

Disgust som emotion

Disgust definierades som "en typ av reaktion karakteriserad av ett specifikt ansiktsuttryck, en önskan att avlägsna sig själv från objektet som ses som äckligt, en fysiologisk manifestation av mild illamående, en rädsla för att oralt få i sig objektet som ses som äckligt och en känsla av motvilja". Hjärtfrekvensen stiger och när känslan av disgust är mycket stark kan det leda till kräkning. Ansiktsuttrycket karakteriseras av rynkad näsa, upplyft överläpp, gapande mun och utstickande tunga (utifrån denna beskrivning kan man undra om Veale själv vet hur emotionen ser ut, eftersom hans tolkning saknar gapande mun och tunga – se bild). Vidare uttryckte Veale att emotionen disgust formas av att man lär sig moral och bygger upp ett värderingssystem.

Ansiktsuttrycket karaktäriseras av rynkad näsa, upplyft överläpp, gapande mun och utstickande tunga

Veale delade upp disgust som en emotion i fyra kategorier:

- **Grundläggande disgust:** Upplevelse av disgust för objekt som vi kan ha ett verkligt eller inbillat hot av att behöva inta oralt, inklusive mat (t ex ruten mat, djurprodukter vi inte vill äta såsom hundkött), restprodukter från kroppen (t ex avföring, kräk), eller små djur (t ex råttor, kackerlackor). Utgör en risk för att utveckla spindelfobi eller OCD med rädsla för kontaminering.
- **Disgust länkad till djuriskhet:** Obehagliga påminnelser om att vi själva är djur och bräckliga, så att vi håller oss borta från objekt som hotar att skada vår kropp eller döda oss, men också känner oss äcklade av sådant som dålig hygien, vanställdhet eller olämpliga sexuella handlingar. Utgör en risk för blodfobi.
- **Interpersonell kontaminering:** Kontakt med individer som ses som sjuka, omoraliska eller sämre lottade kan utlösa disgust och en rädsla för att på något vis ”smittas” av det omoraliska genom magiskt tänkande runt smitta. Utgör en risk för mental kontaminering inom OCD.
- **Sociomoralisk disgust:** Att känna sig äcklad av personer som ses som moraliskt ”sjuka”, stötande eller har vridna moraliska värdering, vilket bestäms av den kulturella kontexten. Interagerar med interpersonell kontaminering.

Veale diskuterade också skillnaden mellan ”state” och ”trait” disgust

Veale diskuterade också skillnaden mellan ”state” och ”trait” disgust, där state (övers. tillstånd) är den typ av känsla som upplevs i stunden och kan skattas 0-100, medan trait (övers. karaktärsdrag) är mer stabilt och utgör en riskfaktor för att utveckla en störning genom antagande om disgust och experientielt undvikande. State disgust kan, i likhet med state anxiety, reduceras av en framgångsrik exponeringsbehandling, medan trait disgust inte kommer att förändras på samma vis.



Disgust diskuterades också som en komplex emotion som har en roll i flera disgustbaserade emotioner såsom skräck (disgust och rädsla), skam (disgust och ångest gentemot den

egna personen), skuld (att känna sig äcklad av en egen handling och vilja reparera det man har gjort), föräckt (disgust och ilska mot sig själv eller andra) med flera.

habituering till disgust tar längre tid än den för ångest

Implikationer för klinisk behandling

Personer med hög känslighet för disgust kan vara i riskzonen för att utveckla problem såsom OCD med kontamineringsfokus (hög disgust/låg rädsla), som kan vara svårare att behandla än en primärt ångestbaserad störning. Detta förklarades av att habituering till disgust tar längre tid än den för ångest. Utöver redan nämnda problem räknade Veale upp sexuell dysfunktion och ätstörningar som länkade till disgust. Behandling innehåller följande:

- **exponering:** för att nå habituering till ett stimuli som utlöser disgust (dock var Veale inte säker på om det följer samma modell som den för ångest)
- **kognitiv omformulering av verbala associationer:** ett objekt som ses som äckligt kan beskrivas på ett annat sätt, t ex avföring kan omformuleras som ”obearbetad mat” snarare än som ”äckligt” för att defusera tidigare associationer)
- **imaginära metoder:** om personen har aversiva minnen av ett fruktat objekt kan man skriva om dessa minnen med hjälp av imaginära metoder.

För den intresserade:

Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (2008). Disgust. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions*, 3rd ed. (pp. 757-776). New York: Guilford Press.

<http://people.virginia.edu/~jdh6n/disgustscale.html>

Donald Baucom: Couple Therapy

Text och foto: Michaela Johansson



Donald Baucom.

Under en keynote om parterapi under BABCP:s årskongress i Guildford, Surrey, presenterade Donald H. Baucom intressanta preliminära resultat från sitt arbete med par inom KBT. Han hävdade att individuella störningar inte existerar i en individuell kontext, utan snarare i en interpersonell kontext. Vidare är stress inom förhållanden en faktor när det gäller utvecklandet av psykopatologi, likväl som psykopatologi är en faktor som ger upphov till stress i förhållanden.

”Han hävdade att individuella störningar inte existerar i en individuell kontext”

Baucom föreslog följande distinktion mellan olika typer av interventioner för par:

- Partner-assisterade interventioner: partnern hjälper till som coach
- Problemspecifika interventioner: att behandla ett specifikt problem med partnern som coach, men också förändra aspekter av förhållandet för att förbättra resultatet
- Parterapi: att jobba med relationen i sig

Som en del av rationalen för att arbeta med parterapi för specifika diagnoser presenterade Baucom en metaanalys av Barbato och D'Avanzo (2008). Den visar att parterapi var överlägsen individuell terapi när det gällde att lindra stress i relationen, men också likvärdig individuell terapi när det gällde att lindra depression. Baucom drog därför

”individer med depression och relationsproblem utöver det bör behandlas med parterapi”

slutsatsen att individer med depression och relationsproblem utöver det bör behandlas med parterapi.

Baucom refererade också till en studie av Whisman (2001) som visade att risken för återfall vid uppföljningen är större om patienten har relationsproblem i slutet av en individuell behandling för ångest eller depression. Whisman (2001) visade också att befintlig relationsproblematik före en behandling bidrog till sämre resultat i behandlingen.

När Baucom diskuterade sitt eget arbete med OCD och parterapi, beskrev han hur partnern blir en del av "OCD-världen" som patienten bygger upp för att minimera obehag. Baucom diskuterade hur partnern går med i att leva ett begränsat liv och förse patienten med försäkringar för att antingen kunna hjälpa till, eller för att undvika konflikter, gräl och obehag.

Komponenterna i behandlingen för OCD i en parkontext är:

- Utbildning för paret om OCD och exponering med responsprevention
- Att lära ut kommunikationsfärdigheter
- Att genomföra partnerassisterad exponering (arbeta tillsammans som ett team, där partnern uppmuntrar patienten att stanna kvar i behandlingen)
- Att förändra parets förhållningssätt till OCD (göra nya saker för förhållandets skull, för att krympa utrymmet OCD tar upp i relationen)
- Att minska stress i relationen och förbättra funktionen i relationen (lära ut andra sätt att visa kärlek och omtanke än att ge försäkringar)

den vanligast förekommande faktorn som nämns när det gäller tillfrisknande från AN är stöd från en partner

Vidare har Baucom arbetat med Anorexia Nervosa (AN) och par. Skillnaden mot att arbeta med OCD och par är att personen med AN döljer det ätstörda beteendet från partnern, snarare än att dela det med partnern. Baucom rapporterade att den vanligast förekommande faktorn som nämns när det gäller tillfrisknande från AN är stöd från en partner. Han menade dock att det i United Couples Against Anorexia Nervosa är av yttersta vikt att inte tro att det räcker med parterapi, utan att även erbjuda övriga komponenter i traditional behandling för AN, såsom konsultation med dietist och psykiatriker, individuell psykologisk behandling, o s v.

Komponenterna i United Couples Against Anorexia Nervosa är:

- Psykoedukation
- Att lära ut kommunikationsfärdigheter
- Att jobba med hetsätning/restriktion/kompensation
- Att öva på att äta ihop som par
- Att hantera kroppsuppfattning/sexualitet

I en liten okontrollerad studie kring UCAN var bortfallet bara 5% (jämfört med 37% för traditionell KBT för AN). Dessa resultat är preliminära och har inte sammanställts än, men det låter lovande för en problematik där det saknas effektiva behandlingar för vuxna.

Referenser:

Barbato A, D'Avanzo B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a metaanalysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121-32.

Whisman, M. A. (2001). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 125-129.

Grattis Johan Pahnke!

Du har vunnit en 1-dagsworkshop i BTF:s regi.

Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist

Migle Paulauskaite, btf.kansli@gmail.com

så får du workshopintyget hemskickat.

Sarah Egan: Klinisk perfektionism

Text och foto: Michaela Johansson



Sarah Egan.

Under BABCP:s vårkongress höll Sarah Egan, psykolog från Australien, en workshop om klinisk perfektionism. Intressant nog inledde hon med att nämna en studie som precis går i tryck, där man har identifierat perfektionism hos kliniska psykologer. Men det kommer kanske inte som en överraskning att vi som yrkeskår har drag av detta. Så vad består klinisk perfektionism av och hur skiljer det sig från att vara driven och ambitiös? Perfektionism i ett nötskal är att basera sin självkänsla på

”Perfektionism i ett nötskal är att basera sin självkänsla på åstadkommanden och prestation”

åstadkommanden och prestation. Sarah Egan menade att för att släppa på sin perfektionism behöver man ersätta rigida kognitiva mönster med mer flexibla sådana, snarare än att ge upp strävan efter framgång. Att släppa på självkritiken och känna tillfredsställelse över framgångar och vad man är bra på, snarare än att känna att det aldrig är bra nog. Egan poängterade att patienter med klinisk perfektionism ofta är bra på det de gör, men att perfektionism också kan leda till sämre prestation i form av missade deadlines och ouppnådda mål.

Egan beskrev att etiologiskt är uppfostran den viktigaste faktorn bakom perfektionism, i det att det kan ha funnits kritik och höga förväntningar i barndomen.

”perfektionism är starkt länkat till låg självkänsla, men det kan även ses i ett transdiagnostiskt perspektiv”

Tre former av perfektionism:

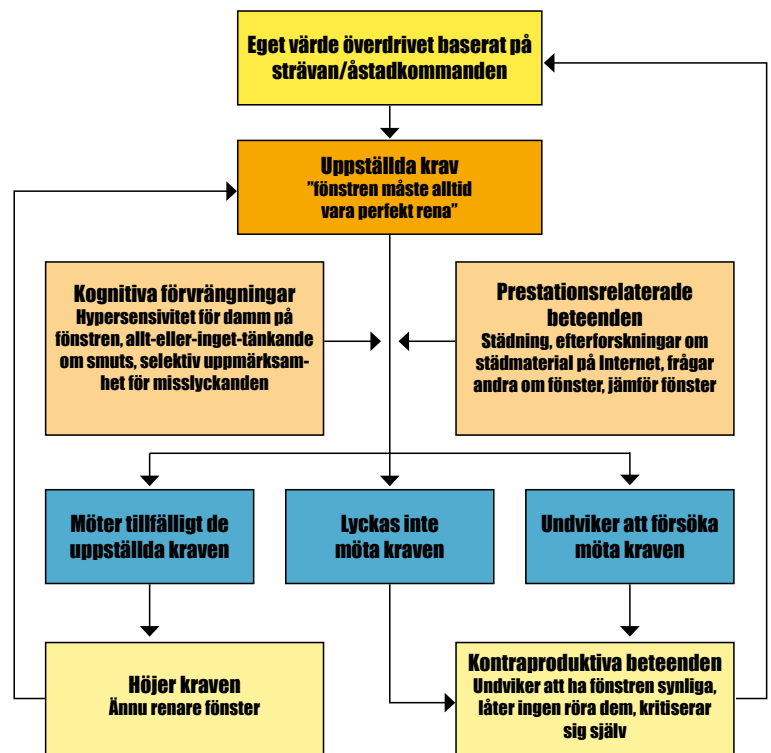
- **själv-orienterad perfektionism:** ställer höga krav på sig själv ("jag måste vara perfekt")
- **socialt orienterad perfektionism:** tror att andra har höga krav på en ("andra kräver att jag är perfekt")
- **andra-orienterad perfektionism:** ställer höga krav på andra ("gör det perfekt så som jag vill ha det, annars blir jag besviken")

Egan förklarade att perfektionism är starkt länkat till låg självkänsla, men det kan även ses i ett transdiagnostiskt perspektiv ihop med andra problem såsom ångest och depression. Hur bestämmer man då vad man ska behandla först? Egan menade att om personen primärt har problem med att överprestera, vilket driver flera andra problemsituationer, så bör man behandla perfektionism först. Låg självkänsla är något mer globalt och inte begränsat enbart till situationer där personen överpresterar. Egan rekommenderade också att börja med själv-orienterad perfektionism, då detta sedan generaliseras till att förändra kraven på andra.

Modell och formulering kring perfektionism

För att förstå perfektionism behöver man förstå modellen (som ironiskt nog ser lite överpresterande ut). Ett fall exempel kring högt ställda krav på ett rent hem användes på workshopen för att illustrera hur modellen kan användas. Problemet med perfektionism är att personer kan tillfälligt möta sina höga krav, sedan omvärdera och ställa ännu högre krav nästa gång och då riskera att inte möta de nya kraven. Detta kan generera misslyckanden p g a dikotomt och självkritiskt tänkande ("över 80% rätt, annars har jag misslyckats och är värdelös"). Perfektionism syns också i overta och koverta beteenden i form av undvikanden och säkerhetsbeteenden, t ex att konstant jämföra sig med andra i sin strävan att hålla måttet, eller helt enkelt ge upp och inte försöka alls p g a rädslan att misslyckas.

Perfektionism syns också i overta och koverta beteenden i form av undvikanden och säkerhetsbeteenden



Figur 1. Modell av perfektionism och dess vidmakthållande, illustrerat med ett fall exempel.

Behandling

- **Motivation:** Många med perfektionism är tveksamma till att släppa på sina krav och kan behöva hjälp med motivationen att medverka i behandlingen. Ett sätt kan vara att göra en kostnadsanalys av de positiva och negativa konsekvenserna av deras perfektionism.
- **Förändra beteenden:** Bryta undvikanden och säkerhetsbeteenden genom stegvis exponering för att göra saker lite mindre strikt.
- **Förändra perfektionistiska prediktioner och självkritik:** Gör beteendeeexperiment för att testa antaganden (t ex "Om mitt hus inte är perfekt rent kommer folk att tycka att jag är dålig"). Generera alternativa antaganden (t ex "De flestas hus är inte alltid rena, det betyder inte att de är dåliga"). Ställ upp förutsägelser (t ex "Om mitt hus inte är perfekt kommer min vän att reta mig, säga att jag är smutsig och inte höra sig mer"). Gör ett experiment (t ex städa enbart köket och bjud över vännen på middag). Utvärdera sedan hur starkt personen håller fast vid det ursprungliga antagandet.
- **Breda självutvärderingen:** Inkludera andra, mer flexibla sätt att utvärdera sig själv och ha ett egenvärde än prestation. Gör tårtediagram med alla olika delar som kan bidra till det egna värdet (t ex socialt umgänge, familj, hälsa och egentid).

För den intresserade:

Egan, S.J., Wade, T.D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31 (2), 203-212.

Shafran, R., Egan, S. & Wade, T. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London, UK: Constable & Robinson.

Beteendeterapi för barn och vuxna med Tourettes syndrom

Text: Liv Larsson

I slutet av maj höll Riksföreningen Attention en konferens om Tourettes syndrom i Uppsala. I samband med konferensen anordnade Cereb AB en workshop med Douglas Woods som inbjuden talare. Douglas Woods är professor i psykologi vid University of Wisconsin-Milwaukee och arbetar med vuxna och barn med Tourettes syndrom. Här är en sammanfattning från workshoppen:

Workshopen inleddes med en beskrivning av vad tics är, nämligen plötsliga, snabba, återkommande, ickerytmiska stereotypa rörelser eller ljud. Dessa kan vara antingen enkla eller komplexa. Enkla motoriska tics innefattar ofta en muskelgrupp och kan vara ögonrörelser eller axelryckningar. Enkla vokala tics kan vara harklingar eller grymtanden. Komplexa motoriska tics är långsammare och inträffar under längre tid, t ex att röra vid någon/något, huka sig eller hoppa. Komplexa vokala tics kan vara ord och fraser.

Tics har mönster av symtom som varierar över tid. Vissa tics försvinner och nya tillkommer



*Douglas Woods håller workshop om Tourettes syndrom.
Foto: Gert Andersson*

Tics debuterar ofta i 4-6-årsåldern. Hos barn är det vanligare med tics hos pojkar än flickor. Tics startar ofta med enkla motoriska tics och så småningom utvecklas mer komplexa tics. Motoriska tics debuterar vanligen före vokala tics. Vanligast är att tics startar i ansiktet och med tiden förflyttas längre ner i kroppen. Tics har mönster av symtom som varierar över tid. Vissa tics försvinner och nya tillkommer. Ofta finns det några tics som alltid är närvarande.

Tics är i regel som svårast i 10-14-årsåldern, därefter blir 1/3 helt symtomfria som vuxna, 1/3 fortsätter ha tics hela livet men i

mindre omfattning (kanske inte ens märkbara för omgivningen) och 1/3 fortsätter ha tics hela livet. Det är fortfarande okänt varför vissa individer blir helt av med sina tics medan andra fortsätter ha tics hela livet. För personer med Tourettes syndrom är samsjukligheten hög. Vanligast förekommande är ADHD, följt av tvångssyndrom.

Idag är det fastställt att Tourettes syndrom har fysiologiska orsaker

Fakta

Enligt DSM-IV delar man upp störningar där tics förekommer i Tourettes syndrom, Kroniska motoriska eller vokala tics, Övergående tics eller Tics UNS. Störningarna särskiljs genom vilket typ av tics det rör sig om och under hur lång tid de förekommit:

Tourettes syndrom = Motoriska och vokala tics i mer än 12 månader.

Kroniska motoriska eller vokala tics = Endast en typ av tics förekommer i mer än 12 månader.

Övergående tics = Motoriska eller vokala tics i mindre än 12 månader.

Tics UNS = Tics förekommer men uppfyller inte kriterierna i någon av störningarna.

Enligt Woods är dock graden av komorbiditet för dessa tillstånd överskattad, vilket han bedömer bli bero på bristfällig diagnostik av dessa tillstånd.

Namnet Tourette härstammar från en fransk neurolog som under 1800-talet beskrev flera individer med denna problematik. När Tourette avled föll problematiken i glömska och inte förrän Freud på nytt intresserade sig för detta fenomen uppmärksammades tillståndet på nytt. Denna gång ansågs tics vara ett uttryck för omedvetna impulser och behandlades således med psykoanalys. I samband med utvecklingen av nya läkemedel på 1950-60-talen fann man att tillståndet var behandlingsbart med läkemedel. Under lång tid debatterades huruvida Tourettes syndrom har fysiologiska eller psykologiska orsaker. Idag är det dock fastställt att Tourettes syndrom har fysiologiska orsaker. Det finns ingen läkemedelsbehandling som botar Tourettes syndrom men vissa symptom kan ibland lindras, vilket är samma funktion som beteendeterapi för Tourettes syndrom fyller.

Beteendeterapi för tics innefattar hantering av yttre och inre omgivningsfaktorer samt funktionsbaserade interventioner. Beteendeterapin baseras på följande generella principer:

- Personens inre och yttre omgivning kan påverka tics
- Vilka inre och yttre faktorer i omgivningen som påverkar tics är unikt för varje individ
- För att finna en användbar behandling måste både inre och yttre kontingenser adresseras.

Hantering av yttre omgivningsfaktorer

Yttre omgivningsfaktorer påverkas med hjälp av en funktionell analys. För att illustrera detta använder Woods följande exempel:

Billy kommer hem från skolan uppjagad och ångestfylld. Han går till källaren där hans syster ser på TV och börjar högljutt ticsa. Billys syster blir upprörd och retar Billy. Billys mamma skickar iväg system, tröstar Billy och låter honom se på TV medan han lugnar ner sig. Billy har många tics direkt efter skolan, speciellt när hans syster ser på TV.

Den funktionella analysen inleds med sökandet efter antecedenter och konsekvenser. I Billys fall är antecedenterna att Billys tics ökar när han blir ångestfylld och de ökar när han vistas i källaren. Konsekvenserna är att Billys syster skickas till sitt rum, Billy får kärlek och uppskattning från sin mamma och Billy får TV:n för sig själv. När specifika omgivningsvariabler identifierats i den funktionella analysen är nästa steg att finna lämpliga interventioner för att minska effekten av (eller kontakten med) den variabeln.

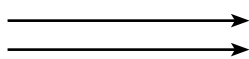


Douglas Woods. Foto: Gert Andersson

I Billys fall blir interventionerna följande:

Antecedenter:

Ångest
Vistelse i källaren

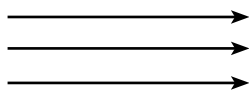


Funktionell intervention:

Lär ut avslappningsstrategier
Förändra miljön

Konsekvenser:

System skickas iväg
Mamma tröstar Billy
Billy får TV:n ensam



System stannar kvar och ombes be om ursäkt
Mamma tröstar inte Billy i detta sammanhang
Mamma stänger av TV:n och uppmuntrar Billy använda sina hanteringsstrategier för tics

”Som terapeut bör man försöka hitta situationer där tics inträffar ofta och intensivt”

Som terapeut bör man försöka hitta situationer där tics inträffar ofta och intensivt. Både barnet och föräldrarna intervjuas och självskattningsformulär används för att finna dessa situationer. När interventionerna ska väljas är det viktigt att dessa är anpassade efter barnet i fråga. Ska t ex avslappningsstrategier läras ut måste dessa vara anpassade efter barnets specifika situation. Att lära ut generella avslappningsstrategier fungerar dåligt enligt Woods.

Hantering av inre omgivningsfaktorer

Individer med tics beskriver att tics alltid föregås av en inre upplevelse, en stark impuls av att behöva utföra en rörelse eller ett ljud. Denna inre impuls upplevs ofta som mycket störande för individen. När individen utfört sitt tics följer en omedelbar lättnad genom att den inre impulsen försvinner. Det innebär att tics förstärks negativt genom den lättnad som följer efter varje tics. För att komma tillrätta med denna inre upplevelse av att behöva utföra tics används en metod som kallas Habit

reversal training (HRT). HTR är en multikomponentbehandling som Azrin och Nunn utvecklade på 1970-talet. Woods menar att den troligen har två funktioner: Den tvingar fram habituering av den inre impulsen att behöva utföra tics och avbryter det invanda motoriska mönstret som följer ett tics. HTR består tre huvudkomponenter:

- A) Medvetandeträning
- B) Konkurrerande responsträning
- C) Socialt stöd

A) Medvetandeträning syftar till att hjälpa individen skilja mellan olika beteendekomponenter. Detta görs med hjälp av tre tekniker:

- Responsbeskrivning som handlar om att personen så detaljerat som möjligt beskriver sina tics.
- Responsupptäckt vars syfte är att lära personen att själv lägga märke till när tics inträffar.
- Tidiga varningssignaler går ut på att lära personen att själv lägga märke till tidiga tecken på att en impuls att utföra tics kommer inträffa.

B) Konkurrerande respons går ut på att individen lär sig att ersätta ett tics med ett konkurrerande beteende. För att hitta ett bra ersättningsbeteende finns tre regler som stöd:

- Det nya beteendet ska vara ofören-

ligt med tics.

- Det ska vara mindre socialt störande än ursprungligt tics.
- Individen måste kunna utföra det nya beteendet tillräckligt länge och vara generaliserbart till flertalet situationer.

”Individen lär sig att ersätta ett tics med ett konkurrerande beteende”

C) Socialt stöd är viktigt och nödvändigt i arbetet med barn. När det gäller vuxna är socialt stöd som behandlingskomponent troligen mindre viktigt. Socialt stöd innefattar tre delar:

- Identifiera vem i barnets närhet som kan hjälpa barnet utföra HTR.
- Påminna barnet om att träna på strategierna.
- Berömma barnet på rätt sätt.

Fungerar HRT? Wood berättar att HRT har funnits i över 40 år och därmed är välstuderat. HRT anses vara en effektiv behandling mot tics enligt APA Division 12-kriterierna. Till dags dato har 6 randomiserade studier genomförts. Både vuxna och barn har deltagit i studierna. Kontrollgrupperna har varit antingen väntelista, stödjande samtal eller

HRT anses vara en effektiv behandling mot tics enligt APA Division 12-kriterierna

annan beteendeterapi. Resultaten har alla visat att HRT är effektivt jämfört med kontrollgrupperna. Detta till trots är behandlingen förhållandevis okänd – hur kommer det sig? Woods tror att det beror på att psykologer är dåliga på att kommunicera denna kunskap till andra. När studier publiceras görs detta enbart i tidskrifter som psykologer själva läser, inte neurologer. De studier som genomförs har en design som inte passar neurologer. De är inte vana vid single subject studier. Fler studier med annan design behövs för att få bättre genomslag än idag rådande. För att öka förekomsten av HRT som behandlingsmetod för Tourettes syndrom bedömer Woods att flera frågor behöver adresseras, bl a:

- Ökad kunskap om HRT hos psykoterapeuter behövs och hur ska detta göras?
- Svårigheter med remittering då det ofta är neurologer som ser dessa patienter först och inte har kunskap om HRT.
- Det finns ett försvårande historiskt öki och med sättet psykologer tidigare behandlat människor med Tourettes syndrom.

- Antaganden att beteendeterapi ger negativa effekter. Det är framför allt två antaganden som ofta förekommer. Dessa handlar om att tics antas öka när en individ försöker sluta med tics och att om ett tics försvinner kommer det att ersättas av ett annat. Woods har i studier undersökt dessa fenomen och menar att detta inte inträffar.

Fler studier med annan design behövs för att få bättre genomslag

Funktionsbaserade interventioner

Syftet med funktionsbaserade interventioner är att identifiera omgivningshändelser som kan förvärra eller vidmakthålla tics för ett barn i fråga. Därefter kan händelserna och individens reaktion på händelsen modifieras för att uppnå en minskning av tics. Funktionsbaserade interventioner följer tre steg:

1. **Funktionell analys**
2. **Finna lämpliga strategier**
3. **Utveckla plan för genomförande av strategierna**

1. Funktionell analys innebär att barnet och föräldrarna intervjuas om antecedenter och konsekvenser som har samband med att olika

tics förvärras. Woods använder ett frågeformulär med förslag på olika antecedenter och konsekvenser som hjälp vid intervjun.

2. För att hitta lämpliga funktionsbaserade strategier som minskar tics är det viktigt att arbeta tillsammans med barnet.

3. Man utvecklar en plan för genomförande av strategierna där nya strategier tillförs varje vecka. Terapeuten diskuterar med föräldrarna hur strategierna kan genomföras för att passa barnet så bra som möjligt. Man tränar på strategierna under sessionerna om det är nödvändigt för att de ska kunna användas.

Det ovan beskrivna arbetssättet finns att tillgå i en manual. Enligt manualen består terapin av 8 standardiserade sessioner à 60-90 minuter samt ett varierande antal boostersessioner beroende på hur behovet ser ut. Sessionerna innehåller bl a skapande av en ticshierarki, träning enligt HRT, användning av funktionellt baserade interventioner, psykoedukation om tics, hemuppgifter samt riktlinjer för hur belöningssystem kan användas. Både barnet och föräldrarna deltar i terapin. Det är viktigt att barnet engageras och förstår att terapin är ett samarbetsprojekt.

Den innehållsrika och givande workshopen avslutades med frågestund.

Vinst varje gång!

Alla medlemmar som bidrar med artiklar, texter eller foton till Beteendeterapeuten under återstoden av 2011 belönas med en BTF-bok från kansliet. Vinnaren får göra sitt val från en lista med tillgängliga böcker. Som vanligt deltar man också i utlottning av en workshop i BTF:s regi.

**Välkommen till
upplevelsebaserad
workshop med fokus på
fördjupning inom ACT,
via meditation och
mindfulness**

**Sista anmälningsdag:
20 oktober eller i
mån av plats**

Tid: Start fredag 11 nov. kl.
19.00 och pågår fram tills
söndag 13 november kl. 16.00

Plats: " Älvkarleö herrgård"
(www.alvkarleoherrgard.com)
Herrgården ligger naturskönt
belägen på Älvkarleö som ligger
cirka 12 mil från Stockholm

Pris: 4 500:- per deltagare
(inkl.moms). Detta inkluderar
boende, mat och kursavgift.

Anmälan: "Först-tillkvarn-
principen" tillämpas. Antalet
platser är begränsat till 30.
Sista anmälningsdag är 2011-10-20,
därefter fördelas platser om det
finns kvar.
Anmälan: Via e-post till:
livheim@gmail.com

Frågor: Har du frågor eller
funderingar, kontakta Fredrik
Livheim via livheim@gmail.com
eller via telefon 070 – 694 03 64



Fördjupning inom ACT - Workshop 11-13 november 2011, Älvkarleö,

Beskrivning av helgens innehåll:

Detta är en upplevelsebaserad workshop med fokus på en fördjupning av ACT, via meditation och mindfulness. Helgen kommer till största delen att tillbringas i tystnad med vägleda övningar. Att själv praktisera mindfulness är ett tillfälle att fördjupa sig inom kärnprocesserna inom ACT.

Denna fördjupning har potential att berika både ditt eget liv och arbetet med klienter. Övningarna under helgen är skraddarsydda så att du via egen, direkt upplevelse får möjlighet att öva upp din förmåga att fokusera på här och nu, landa i perspektivet från ditt observerande jag. Öva på förmågan att se tankar som tankar, se impulser, upplevelser och känslor som de är. På så sätt kan vi lära oss att acceptera och på ett värdigt sätt bära det livet bjuder oss på och samtidigt ta steg i riktning mot vad vi tycker är viktigt så att vi skapar oss de liv vi vill leva.

Kursledare:

JoAnne Dahl; Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut, författare, ACT-trainer, docent i klinisk psykologi.

Fredrik Livheim; leg. psykolog, doktorand vid KI, projektledare ACT. FORUM - Forskningscentrum för psykosocial hälsa vid Centrum för Psykiatrforskning, Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting. Fredrik är författare till ACT gruppleddarmanualer och har praktiserat mindfulness sedan 18 år.

För mer detaljerad information:

Mer information om helgens innehåll, eller mer information om kursledarna finns via dessa sidor:

<http://joannedahl.com>

www.livskompass.se



Älvkarleö herrgård www.alvkarleoherrgard.com

Styrelsen/Kansliet påminner:

- BTF finns till för och består av sina medlemmar.
- BTF beviljar ekonomiska bidrag vid uppstart av nya nätverk.
- Stämmer informationen på Styrelsesidorna, eller har vi missat något/någon? Hör av dig!

Styrelsen	
Björn Paxling , ordförande E-post: bjorn.paxling@gmail.com	Tove Wahlund E-post: tovewahlund@gmail.com
Torun Kallings , medlemssekreterare E-post: bt.f.medlemssekreterare@gmail.com	Dan Katz E-post: dan.katz@katzkbt.se
Olof Johansson , kassör E-post: johanssonolof@gmail.com	Jonas Bjärehed E-post: jonas.bjarehed@gmail.com
Mari von Bahr , sekreterare E-post: mvonbar@yahoo.se	Mats Dahlin E-post: mats.dahlin@gmail.com
Kaj Huggare E-post: kaj.huggare@gmail.com	Jens Högström E-post: jens_hogstrom@yahoo.se
Maria Jannert E-post: maria.jannert@liu.se	Kerstin Mill E-post: Kerstin.mill@orebroll.se
Iman Alaie E-post: imanalaie@gmail.com	
Administrativa funktioner och företroendeuppdrag	
Migle Paulauskaite , kanslist E-post: bt.f.kansli@gmail.com	Andreas Larsson , webbredaktör E-post: psykolog.andreas@gmail.com
Revisorer: Rolf Olofsson Johan Wetterlöv	Medlemsregistrerare: Cecilia Brant-Lundin Piret Kams
Valberedning: Johan Holmberg Sara Widén Johanna Morén	Årsmötesansvariga: Andreas Karlsson (2012) Hemsidor och IT: Lars Ström
Mediakontakt	Redaktionen Cognitive Behavior Therapy
Dan Katz E-post: dan.katz@katzkbt.se Liria Ortiz E-post: e-post@mail.com	Per Carlbring Gerhard Andersson Ata Ghaderi
Regionala nätverk	Handledarkommittén
KBT-nätverket i Norrbotten Behavioristiska studentnätverket BTF Skåne Författarnätverket KBT vid psykos KBT i Västerbotten Svenska ACT-gruppen för verksamma kliniker Mitt KBT-nätverk (Västernorrland, Jämtland mfl) KBT vid smärta	Eva Magoulias Stina Blom-Törne Anna Grönberg Aina Lindgren

Nyhetsbrev från styrelsen 2011-04-30

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

BTF syns och hörs

BTF har varit med på Psykologidagen i Uppsala och representerades där av Tove Wahlund, Björn Norell och Fredrika Nordlund. Besökarna informerades om BTFs verksamhet och de nytryckta KBT-broschyrerna uppskattades av studenterna som närvarande under dagen. Som om inte detta vore nog kommer BTF under den första helgen i maj att ha en monter på psykologstudentkonferensen PS-11. BTF är en av konferensens sponsorer och vi ställer också upp med bl.a. ett symposium om Internetterapi med Olof Johansson, Teresa Michel, Ulrika Bydairk och Björn Paxling. Enligt arrangören är denna programpunkt en av de absolut mest populära på hela konferensen, sett utifrån antalet föransmälningar.

Vi tar till oss av revisorernas synpunkter

Vi diskuterar revisorernas skrivelse till styrelsen från årsmötet och gör en planering kring hur dessa goda råd ska implementeras under det kommande året. Bland annat kommer säkerheten kring BTF:s besparingar att utökas. Vi har som förening en inte oansenlig summa pengar i skattkistan nu och kring dessa behöver vissa ytterligare säkerhetsåtgärder upprättas.

En studentrepresentant i BTF:s styrelse?

Studerande vid olika grundutbildningar står för en relativt stor del av BTF:s medlemskår och vid anordnandet av årsmöten har studenter vid många tillfällen arbetat aktivt för föreningen. Det är i dagsläget dock inte möjligt för en studerande att nomineras till en plats

i föreningens styrelse, då detta kräver fullvärdigt medlemskap, vilket i sin tur kräver minst grundläggande psykoterapiutbildning med BT/KBT-inriktning. En studeranderepresentant skulle kunna utgöra en stor tillgång för BTF:s styrelse, dels för att personen kan bidra med ett perspektiv som annars saknas i styrelsen och dels för att denna kan bidra med ett unikt kontaktnät bland studenter i landet. Vi diskuterar denna fråga och kommer fram till att vi ställer oss positiva till att arbeta fram ett förslag på stadgeändring i denna fråga. Det förslag som så småningom formuleras kommer sedan att tas upp till omröstning på nästa årsmöte. Om förslaget gillas av föreningens medlemmar så krävs naturligtvis sedan en andra röstomgång vid årsmötet 2013. Det tar lång tid att ändra BTF:s "grundlag", vilket självklart är bra. Tills vidare bestämmer vi oss för att efterforska om vi kan hitta en lämplig student som skulle kunna adjungeras in (d v s delta som utomstående part vid styrelsens sammanträden och diskussioner) i styrelsen.

En plan för lika villkor

Då föreningen nu har ett medlemsantal som ligger stabilt över 1000 personer och dessutom har två individer som arbetar för oss (vår kanslist och vår web-redaktör) är det hög tid att börja fundera kring hur vi förhåller oss till rättvisefrågor. Fortsatt beredning av den här frågan kommer förhoppningsvis att utmynna i en skriftligt formulerad plan för lika villkor med målsättningar och handlingsstrategier.

Nästa årsmöte

Trots att man fortfarande kan förnimma doften av 40-årsjubileet i Stockholm är arbetet med 2012 års kongress i Östersund redan igång. Arbetsgruppen på orten har inkommit med ett par frågor som vi går igenom och besvarar. Den starka känslan redan nu är att Östersund kommer att bjuda på flera kreativa idéer och grepp!

**FÖR STYRELSEN:
/JENS HÖGSTRÖM**

Nyhetsbrev från styrelsen, 2011-05-31

Utbildning

BTF:s handledarkommitté, bestående av Stina Blom-Törne, Aina Lindgren och Eva Magoulas, är ny och deras arbetsbeskrivning kommer att utvecklas framöver eftersom kommitténs uppgifter har sett lite olika ut genom åren. Styrelsen har skickat ut en enkät till personer som tidigare varit engagerade i utbildningar i samarbete med BTF kring hur vi ska fortsätta arbetet, några svar har inkommit och vi ser fram emot fler.

Samråd med andra psykoterapiföreningar

Samverkansgruppen (BTF och SFKBT) med SFKBT jobbar vidare, de två största KBT-föreningarna i Sverige har såklart gemensamma intressen och vill jobba tillsammans i viktiga frågor.

Samrådsforum har haft ett möte där man diskuterade möjlighet till gemensamma lokaler, vissa psykoterapiföreningar är intresserade av det. Kaj och Jens jobbar med att uppdatera en skrift med beskrivning av de olika psykoterapiinriktningarna som Samrådsforum ger ut.

Vänner i öst

Finnish Association for Behaviour Analysis and Cognitive Behaviour Therapy får BTF:s returnerade Beteendeterapeuten med AKBT som de skickar till sina svenskspråkiga medlemmar, ett trevligt samarbete tycker vi. Dessutom finns planer på en KBT-kurs i Kina i samarbete med BTF. Mycket spännande!

Nätverk

Filip Arnberg har startat ett nytt nätverk för medlemmar intresserade av PTSD, han finns att nå på filip.arnberg@gmail.com, alla medlemmar med intresse för området är välkomna att ansluta till nätverket.

KBT-listan

Styrelsen har tagit strängare tag mot patientuppgifter på KBT-listan och det har lett till intressanta diskussioner hur vi ska formulera oss. Efter det verkar det ha blivit mer fokus på att fråga efter behandlare snarare än informera om patienter. Bra!

Rapport från BTF:s medverkan på psykologstudentkongressen PS11

I början av maj ställde BTF upp med en monter och två föreläsningar på psykologstudentkongressen PS11 i Lund. Från styrelsen deltog Olof Johansson och Björn Paxling, och medlemmarna Ulrika Ermedahl Bydairk och Teresa Michel hjälpte också till att planera och genomföra deltagandet. Föreläsningarna var välbesökta och uppskattade av studenterna och flera uttryckte intresse av att bli medlemmar i föreningen.

BTF:s broschyr om KBT

Vi har uppdaterat broschyren om KBT och tryckt upp ett stort antal exemplar. Dessa kan beställas från bt. kansli@gmail.com och kommer snart också att ligga på hemsidan för nedladdning.

FÖR BTF:S STYRELSE
TOVE WAHLUND

Nyhetsbrev från styrelsen, 2011-06-28

BTF:s hemsida www.kbt.nu

Efter en intern diskussion inom styrelsen finns det nu planer på att gå igenom hemsidan i syfte att förbättra den. Alla medlemmar som är intresserade av att bidra med förbättringsförslag uppmanas att ta kontakt med Kaj via kaj.huggare@gmail.com eller webbredaktör Andreas via psykolog.andreas@gmail.com

Nätverk

För medlemmar som är intresserade av psykosjukdom kan vi nu meddela att ett helt nytt psykosnätverk är under konstruktion. Mer information om detta kommer längre fram, så håll utkik!

Student i BTF-styrelsen

Som tidigare aviserats genom KBT-listan håller styrelsen ögon och öron öppna för att finna en lämplig student som är medlem i föreningen och som skulle vilja delta i styrelsens arbete. Så om du själv är student (men ej psykoterapeutstuderande) och tycker att detta låter spännande, tveka inte att höra av dig till ordförande Björn Paxling via bjorn.paxling@gmail.com

Tidskriften Cognitive Behaviour Therapy (CBT)

Den kanadensiska KBT-föreningen Canadian Association of Cognitive and Behaviour Therapy (CACBT) har

uttryckt intresse av att ha tidskriften CBT som vetenskapligt officiellt organ. Förhandling kring detta pågår, så fortsättning följer!

Psykoterapimässan 2012

BTF medverkade på Psykoterapimässan under 2010 med flera föreläsare och en monter, men då erfarenheterna var blandade har styrelsen valt att vänta med att ge besked till arrangörerna vad gäller eventuell medverkan och medfinansiering till den kommande mässan.

Förfrågan om att få ut medlemsregistret

BTF har ibland fått förfrågningar från olika personer om att få ta del av föreningens hela medlemsregister. Styrelsen har nu fattat beslutet att medlemsregistret är ett slutet register och att kontaktuppgifter endast lämnas ut efter styrelsebeslut. Dock kan man redan nu som medlem i föreningen hitta andra medlemmar via funktionen "Sök medlem" på medlemssidorna på www.kbt.nu.

Å STYRELSENS VÄGNAR,
IMAN ALAIE



Aktuellt om KBT fortsätter att utvecklas genom att pröva nya grepp. Till denna upplaga har professor Lars-Göran Öst, pionjär inom den internationella KBT-forskningen, bjudits in för att delge sina reflektioner kring utvecklingen av KBT. Som en av arkitekterna bakom BTF:s tillblivelse har han varit med om och själv bidragit till både en och två vågor i beteendeterapins loggbok. Det är dock inte utan ett stråk av oro som Lars-Göran betraktar ringarna på vattnet efter den tredje vågen och risken att stjalpa istället för att hjälpa genom att tappa kurs. Läs och begrunda. /Iman Alaie, red.

Framtiden för KBT i Sverige

Text: Lars-Göran Öst, Professor i klinisk psykologi, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

I mars firade Beteendeterapeutiska föreningen sitt 40-årsjubileum med den största kongress som vi hittills har arrangerat med sex internationellt välkända KBT-forskare som gäster: *Nathan Azrin*, som utvecklat flera evidensbaserade behandlingsmetoder än någon annan forskare, *Terry Wilson*, som fr.a. forskar på ätstörningar men som har den bredaste överblicken av KBT av alla (chefredaktör för Behaviour Research and Therapy), *Michelle Craske*, vars grundläggande forskning om vad som händer i exponering är banbrytande, *Emily Holmes*, som gör viktig och spännande grundforskning om kognitiva behandlingsmetoder, *Robert DeRubeis*, som är en av världens mest kända

depressionsforskare och den KBT-forskare som kommit längst när det gäller processen i KBT, och *Derek Milne*, den förste som gör empirisk forskning på handledning i KBT. Dessa personer höll vardera en mini-workshop och en key-noteföreläsning inom sitt specialområde. Till detta kom ett stort antal symposier, paneldiskussioner och föreläsningar av svenska forskare och kliniker. En slutsats som man lätt kan dra från BTF:s 40-årskongress är att KBT "lever och har hälsan". Förutom de sedan länge etablerade områdena för KBT så görs tillämpningsförsök inom nya områden där varken KBT eller någon annan form av psykoterapi har använts. Dessutom ser vi att efterfrågan på KBT inom offentlig och privat vård hela tiden ökar. Det verkar som att KBT är massmedias nya "älskling" och varje vecka förekommer det artiklar om hur bra KBT fungerar för alltifrån "tunnhårighet till nageltrång".

Med denna starka utveckling och efterfrågan på KBT borde väl framtiden se ljus ut? Man kan så tycka men det finns flera orosmoln på horisonten. Den starka efterfrågan gör att alltfler personer utan KBT-utbildning säger att de arbetar med KBT eller "har det tänkandet också". Till och med svenska myndigheter satsar stora summor pengar på att patienter skall få KBT utan att kräva att terapeuterna skall ha KBT-utbildning. Den s.k. "Rehabiliteringsgarantin" som är ett avtal mellan Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting innebär att staten för 2009-2011 satsar 2,6 miljarder kr på att ge behandling till patienter som är sjukskrivna, antingen p.g.a. olika smärttillstånd eller lätt-måttlig depression, ångest eller stress. Den första kategorin skall få multimodal behandling och den senare KBT. Bland de grupper som beskrivs kunna ge KBT är psykologer och andra yrkesgrupper med grundutbildning (Steg-1) i KBT men också psykologer med annan grundutbildning som säger sig arbeta med KBT samt personer med annan yrkesbakgrund som har minst en 7.5 hp utbildning i KBT (!) och handledning minst var 14:e dag. Det finns inga krav på granskning av behandlarnas kompetens och det görs inga systematiska mätningar av patienternas problem före och efter behandlingen. Den slutsats jag är rädd för att man kommer att dra efter denna stora satsning är att KBT inte fungerar särskilt bra. Det öppnar upp för personer, som ifrågasätter att KBT är mera evidensbaserad än deras

terapiform, och hävdar att kravet på att medicinska och psykologiska behandlingsmetoder skall vara evidensbaserade skall tas bort.

Ett annat orosmoln är att en del människor (fr.a. unga) inom KBT-området tycks vara ointresserade av det interna kravet att våra behandlingsmetoder skall ha ett starkt empiriskt stöd. Ett exempel på detta är det stora intresset för den s.k. ”tredje vågens KBT” med ACT och DBT som främsta exempel. Att ingen av tredje vågens terapier uppfyller kraven på att vara evidensbaserade (empirically supported; Öst, 2008; 2009) tycks man ta med ro och det faktum att metoderna marknadsförs som nya verkar vara tillräckligt för att attrahera ett stort intresse. När beteendeterapi utvecklades i USA och England under 1950- och 60-talet var det till största delen forskningsintresserade psykologer och psykiatriker som ledde utvecklingen. Ett motto som redan då myntades var ”be bold in what you try but cautious in what you claim”. Detta betyder att vi skall vara försiktiga vad gäller det vi hävdar om KBT:s effektivitet men att vi i forskningsstudier skall vara modiga och pröva nya metoder som vi inte vet kommer att vara effektiva. Detta motto har vi som startade BTF följt under fyra decennier och jag är övertygad om att under 1970- och 80-talet, när vi kämpade i ”uppförsbacke och stark motvind”, var det en faktor som räddade oss kvar på banan. Vi kunde hävda att det fanns forskningsunderlag för våra behandlingsmetoder (åtminstone de vanligaste) vilket psykodynamikerna, som då bestämde vad gäller psykoterapi i Sverige, inte kunde argumentera emot. Den andra faktorn som gjorde att vi inte blev bortsopade var att vi redan från början satsade på en högkvalitativ utbildning, vilken hela tiden utvidgades i omfattning.

Ett tredje orosmoln är internt och handlar om människans lättja. Om vi kan välja mellan att göra något som tar mycket tid och är arbetsamt eller tar lite tid och är lättvindigt väljer vi oftast det senare. Waller (2009) beskriver i en mycket viktig artikel hur terapeuter som är utbildade i empiriskt utprovade KBT-metoder (t.ex. exponering vid agorafobi) efterhand börjar exkludera mera tid- och arbetskrävande aspekter av behandlingen. Man pratar med patienten om att göra exponering i stället för att vara med patienten i de fobiska situationerna där metoden behöver appliceras. På sikt använder man en metod

som markant avviker från den som blev empiriskt utprovad och terapeuten kan inte längre hävda att man arbetar evidensbaserat. Waller ger också flera exempel på hur terapeuten oavsiktligt förstärker patientens problem när avsikten är att hjälpa.

Sammanfattningsvis anser jag det viktigt att vi går tillbaka till ”basics” och bemöter de orosmoln som jag beskrivit ovan. Det kräver att vi som vill se BTF:s 50-årsjubileum (ännu mer storartat än dess 40-års) tar problemen på allvar och använder lämpliga strategier för att föreningen skall vidareutvecklas. Om inte så är risken för nedläggning uppenbar.

Referenser

Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.

Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.

Öst, L-G. (2009). *The efficacy and process of ACT: A systematic review and meta-analysis*. Key-note at the ACT world congress, Enschede, Holland, July 2009.

Logga in på Science Direct för att läsa båda ovan nämnda artiklar!

Vill du skriva en egen kommentar och dela med dig av dina tankar kring KBT?

Skicka in ditt bidrag till redaktionen via akbt@kbt.info senast 10 november.

Tveka inte att höra av dig till redaktionen om du har frågor eller funderingar!

KT jämfört med IPT vid socialt ångestsyndrom

Text: Kristoffer NT Månsson, doktorand i klinisk psykologi vid Linköpings universitet, PTP-psykolog

Artikelsammanfattning

Stangier m.fl. (2011). *Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial*. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7), 692-700.

Archives of General Psychiatry är en högt ansedd tidskrift inom psykiatri och i det senaste numret publicerades en intressant behandlingsstudie för socialt ångestsyndrom (SAD).

Studien har genomförts i Tyskland på två öppenvårdsmottagningar som vardera haft behandlare med inriktning mot antingen interpersonell psykoterapi (IPT) eller kognitiv terapi (KT). Behandlarna var i grunden psykologer och enstaka psykiatriker med vidareutbildning i psykoterapi/klinisk psykologi. Studien randomiserade och kontrollerade (RCT) deltagare med diagnostiserat SAD till tre grupper: KT, IPT eller väntelista, n=117. Interventionerna bestod av sexton individuella sessioner, samt en boostersession. Studien har kontrollerat för ett flertal variabler mellan de båda behandlingarna: terapeutspecifika faktorer som tillgivenhet till sin egen metod, likvärdig utbildningsnivå, terapeutisk allians, trovärdighet, behandlingsintegritet, men också patientspecifika variabler som sociodemografiskt och självskattning av social ångest. Inga signifikanta skillnader rapporteras för dessa variabler.

Som primära utfallsmått användes CGI-I, vilket är en klinisk bedömningsmetod, ur vilka patienterna fördelades tillhöra responders eller icke-responders för respektive behandling. Det vill säga om patienten ansågs ha blivit betydligt bättre vid andra mättillfället.

Resultatet visar att båda interventionerna varit överlägsna väntelistan, samt att KT visar bättre behandlingsutfall jämfört med IPT för det primära utfallsmåttet. Resultatet står sig även tolv månader efter avslutad behandling, samt att signifikant fler

IPT-behandlade patienter sökt andra behandlingar efter studiens intervention avslutats. Effektstorlekar som rapporterats för KT är jämförbara med den svenska behandlingsstudien för socialt ångestsyndrom (Mörtberg m.fl.).

Slutsatser och stöd för KT som överlägset IPT bör också ses i ljuset av att sekundära utfallsmått, med för SAD vanligt förekommande självskattningsformulär, antyder endast en trend till fördel för KT. Anledningar till detta lämnas obesvarade.

IPT-modellen som användes i behandlingen var en reviderad version av standardmanual för depression som utvecklats av Lipsitz & Markowitz. Vilket också är en möjligt bidragande faktor till behandlingsutfallet då interventionen ännu inte slipats tillräckligt för den aktuella patientgruppen.

Slutsatserna ger fortsatt bra stöd för KT som en effektiv behandling mot SAD. Men den specifika kognitiva modellen och behandlingsmanualen för SAD är ännu opublicerad av David M. Clark. Tillgång och utbildningsmöjligheter är fortsatt begränsade. Jag ser med tillförsikt fram emot att ta del av manualen och innehållet. Jag tror denna kan ge mig nya infallsvinklar och idéer till att inkorporera i den kognitivt beteendeterapeutiska (KBT) behandlingen. Samtidigt tror jag det också är viktigt att bredda förståelsen och utforska hela den kognitiva modellen som något mer än specifik omstrukturering.

Mörtberg m.fl. (2007). *Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142-154.

Ett stort grattis till
Kristoffer NT Månsson!
En valfri BTF-workshop är nu din!

Vill du läsa spännande forskningsartiklar och kanske rentav sammanfatta en (eller varför inte två?) av dem till **Aktuellt om KBT**? Klart du ska!

Välj och vraka ur tidskrifter som BTF prenumererar på, t.ex. **Behaviour Research and Therapy**, **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **Behavior Therapy**, och **Journal of Anxiety Disorders**. Genom ditt medlemskap i BTF har du fri tillgång till alla dessa tidskrifter via Science Direct, helt utan kostnad!

Har du ännu inte aktiverat din användarprofil på Science Direct? BTF:s kansli skickar regelbundet ut aktiveringsmail med uppgifter som du använder för att aktivera en användarprofil på Science Direct. Om du inte har kvar detta mail eller har problem med aktivering eller inloggning på Science Direct kan du kontakta kansliet på btf.kansli@gmail.com

Skriv din sammanfattning i Word-mallen som finns att ladda ned från www.kbt.nu/akbt och skicka in din sammanfattning till redaktionen via akbt@kbt.info

Manusstopp till nästa upplaga är 10 november.

Krönikan

På västfronten en massa nytt

Text: Michaela Johansson

Utbildningen inom IAPT (Improving Access to Psychological Therapies; se tidigare nummer av Beteendeterapeuten för mer info) närmar sig sitt slut. Undervisningen har upphört, nu gäller det att sätta ihop en portfolio för ackreditering plus prestera en fallrapport, en processrapport och ett tredje terapiband. Trycket är hårt på att även åstadkomma 200 kliniska timmar och åtta utbildningsklienter. Med tanke på att vi bara arbetar tre dagar per vecka, har detta varit något av en press.

Barnet College är som Bermudatriangeln, det finns ingen täckning alls

Äventyret med att jobba i fältet fortgår. Jag har fått en jobblaptop med fjärranslutning till journalsystem och mailkonto, så att jag kan sitta på ett college med tillgång till allt jag behöver. Efter att jag har anslutit med användarnamn, lösenord och aktiveringskod via sms. Problemet är bara att Barnet College är som Bermudatriangeln, det finns ingen täckning alls. För att få aktiveringskoden måste jag springa fort som FAN genom hela byggnaden, få sms:et och springa tillbaka genom byggnaden innan de två minuterna som koden är aktiv har passerat. Detta upprepas ett antal gånger under dagen. En morgon hade någon annan flyttat in sitt kontor i rummet som jag har terapi i,

det var också trevligt. Plötsligt var alla möbler som jag brukar använda borta, ersatta av kontorsmöbler och medföljande förvirrad man som dök in i min PTSD-session flertalet gånger och ville ha sitt kontor. Uppenbarligen har vi många tids- och energitjuvar som äter upp tiden vi borde ägna åt patienter. Kanske kan introduktionen av LEAN vara något för IAPT?

Jag brottas också med att få gehör för mina tankar kring att utveckla vår mottagning. En idé är att få våra telefonscreenings att innehålla frågor om utseenderelaterad ångest för att fånga BDD och ätstörningar, men alla formulär måste vara standardiserade utifrån en IAPT-mottagning som har funnits längre än vår. Utifrån att vi jobbar så mycket ensamma har jag även försökt introducera ett "buddy system" med möjlighet till debriefing via telefon i slutet av dagen om så behövs. Jag tvivlar på att bibliotekarien i Hendon Library eller vaktmästaren i Barnet College kan göra mycket åt om mina patienter är våldsamma eller suicidnära. Vi får se hur vi utvecklar den idén. Slutligen, då flertalet av våra medarbetare mår dåligt över pressen som råder inom det brittiska sjukvårdssystemet, med nedskärningar, omstruktureringar och prestationskrav, ville jag lägga en halvdag på utbildning i "self care" för att motverka att fler personer uppvisar tecken på ångestproblematik och depression. Det mottogs också som en "bra idé", men inget hände.

Jag börjar också fundera kring om vi lyckas nå vissa av problemen vi behandlar på den begränsade tid vi har tillgänglig. Är det inte mer kostnadseffektivt att behandla ångest och depression "ordentligt" vid första remitteringen, än lite halvhjärtat på grund av begränsningar i sessionsantal? Resultatet blir väl att patienterna återkommer på ny remiss?

Ibland känns IAPT som att konstant springa i motvind. Men jag är inte den som ger upp vid motgångar – det man inte dör av blir man starkare av. Här har jag en verklig utmaning och möjlighet att förbättra vården vi bedriver och arbetsplatsen vi jobbar på, och skam den som ger sig.

Ibland känns IAPT som att konstant springa i motvind. Men jag är inte den som ger upp vid motgångar

Hett just nu:

- Har fått fast tjänst i Barnet
- Blir snart ackrediterad KBT-terapeut, får löneökning och kan jobba privat
- Mitt eminenta team som förgyller varje dag på jobbet
- Min laptop "Derek"

Kallt just nu:

- Upploppen i stora delar av London
- Kurskraven (måste studera på semestern)
- Osäkerhet kring om jag får behålla min handledare
- En i teamet har svårt att...eh... inhibera sina verbala responser i vårt öppna kontorslandskap, vilket gör att jag inte kan koncentrera mig

Bokrecensioner

Text: Johan Pahnke

Recension

Hesslinger B, Philipsen A & Richter H, Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch/ Psykoteraپی för vuxna med ADHD - En arbetsbok. Svensk version: Hirvikoski, T., Pihlgren, C., Waaler, E., Larsson, M., Alfredsson, J. 2010, Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, eller ADHD, är ett utvecklingsrelaterat neuropsykiatriskt tillstånd som hamnat alltmer i fokus inom såväl forskning som i den offentliga debatten. Vuxna med ADHD beskriver ofta lätt distraherbarhet, impulsivitet och svängningar i stämningssläge, vilket ofta påverkar både självkänsla och sociala relationer negativt. Samsjuklighet såsom depression, missbruk, ångest och sömnstörningar är också vanligt.

I mitt arbete som klinisk psykolog inom det neuropsykiatriska fältet har jag (och många med mig) saknat ett potent behandlingsmaterial anpassat för ADHD-specifika svårigheter. Arbetsboken *Psykoteraپی för vuxna med ADHD* [1] är därför ett välkommet bidrag för att underlätta psykologisk behandling i grupp vid ADHD. Boken är en omarbetning och översättning av det tyska originalet av Hesslinger, Philipsen och Richter (Hesslinger et

al., 2002) och den svenska bearbetningen är gjord av etablerade forskare och kliniker vid Neuropsykiatriska enheten Karolinska, som även publicerat en vetenskaplig studie om metoden [2]. Metoden är baserad på dialektisk beteendeterapi (DBT) som används framgångsrikt vid emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS), ett tillstånd som har många likheter med ADHD.

” författarna lyckas med konststycket att förena vetenskaplig precision och pedagogisk fingertoppskänsla ”

Psykoteraپی för vuxna med ADHD vänder sig till både gruppleddare och gruppdeltagare och författarna lyckas med konststycket att förena vetenskaplig precision och pedagogisk fingertoppskänsla. Boken är uppdelad i en teoridel och en arbetsbok. Teoridelen förser läsaren med en grundlig genomgång av både uppkomst och diagnostik av ADHD, samt en översikt av tidigare behandlingsmetoder tillsammans med en pedagogisk beskrivning av den DBT-baserade terapiformen. Översikten lämpar sig för den erfarna såväl som för den mer oinvidde läsaren.

Bernd Hesslinger, Alexandra Philipsen och Harald Richter
Psykoteraپی för vuxna med ADHD – En arbetsbok



HOGREFE  PSYKOLOGFÖRLAGET

Arbetsboken innehåller ett lättförståeligt praktiskt arbetsmaterial för de fjorton terapisesionerna med specifika teman, övningar i medveten närvaro (mindfulness), beteendeanalys och hemuppgifter. Läsaren förses även med instruktioner till övningarna i medveten närvaro och en separat CD med anpassade övningar i medveten närvaro finns för gruppleddare. Gruppdeltagare

” Genom att få ta del av gruppleddarnas egna erfarenheter, förses läsaren även med levande beskrivningar av vanliga kliniska dilemman ”

kan ladda ner övningarna utan kostnad på förlagets hemsida. Mer omfattande teoretiska avsnitt ges ofta en avslutande sammanfattning. Om sessionsbeskrivningarna ibland känns något tunna, vägs detta upp med sessionsspecifika redogörelser av terapimål, förhållningssätt, fall exempel samt behandlingsinnehåll med tillhörande pedagogiska power-

pointbilder, vilket gör materialet lätt att ta till sig. Genom att få ta del av gruppledarnas egna erfarenheter, förses läsaren även med levande beskrivningar av vanliga kliniska dilemman.

Psykoterapi för vuxna med ADHD är sammanfattningsvis en eftersökt pedagogisk och användbar arbetsbok. Även om inköpskostna-

den eventuellt kan uppfattas som något hög (eftersom varje deltagare behöver sin egen bok) är detta en väl värd investering, som garanterat kommer vara till gagn i arbetet med att förbättra hälsan och livet för personer med ADHD.

1. Hirvikoski, T., Pihlgren, C., Waaler, E., Larsson, M., Alfredsson, J. (2010). *Psykoterapi för vuxna med ADHD - En arbetsbok*. Svensk version: Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget.

2. Hirvikoski T. et al (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175-185.



VIDGA VYERNA!

Nu är det hög tid att boka monter, anmäla föredragshållare, seminarier och andra aktiviteter till Psykoterapimässan 10-12 maj, Stockholmsmässan i Älvsjö.

Ytterligare information och anmälningsformulär finns på www.psykoterapimassan.se

PSYKOTERAPI 2012
MÄSSAN
10-12 maj

Skriv i Beteendeterapeuten, du också!

Så här fungerar det!

Många medlemmar ställer frågor till redaktören kring vad som gäller för att skriva i Beteendeterapeuten. Här kommer en sammanställning:

*** ÄMNE och UPPLÄGG:** Alla bidrag med koppling till KBT välkomnas! Stort som smått. Du väljer själv formen på det du skriver d v s personliga upplevelser eller mer faktabetonat. Du kan t ex skriva en artikel eller kort rapport från en workshop eller konferens du varit på, en personlig betraktelse eller inlägg över något fenomen eller trend du iakttagit. Eller varför inte bidra med en bokrecension av KBT-litteratur du vill tipsa andra medlemmar om, intervju av en spännande person i KBT-världen eller bara dela med dig av egna erfarenheter av något slag. Du väljer själv ämne. Redaktionen bedömer sedan huruvida artikeln ska publiceras eller korrigeras. Du får givetvis information om ev. ändringar som görs.

*** TEXT- och FILFORMAT:** Du behöver inte skriva i något speciellt typsnitt eller anpassa texten i övrigt. Skriv bara rätt upp och ner. RTF-format eller vanligt TXT-format funkar bra. Om du vill lyfta ut citat ur texten markera med gul färgöverstrykning. Om du vill ha ingress till artikeln skriver du själv en sådan. Detta är dock inget krav.

*** FOTO/ BILDER:** Skicka gärna in foton du tagit från konferenser och dylikt eller passande bilder till texten. Detta även om du inte skrivit något till evenemanget du fotat. Det blir så mycket roligare att läsa om det finns bilder till texterna. Glöm inte att ange namn på personerna på fotot samt vem fotografen är. Foton från digitalkamera bör vara i formatet jpg. Bearbeta inte fotot innan du skickar in det. Detta för att behålla den ursprungliga kvalitén. Övriga foton gärna i TIF-format med en upplösning på 300 pixlar/tum.

*** SKRIBENTER:** Det är vi medlemmar som skapar vår tidning. Det är alltså inte redaktionen som ska fylla tidningen med eget material. Om du deltar i workshops anordnade av BTF eller på årsmötet, håll ögon och öron öppna och uppmuntra deltagare att skriva några rader. Detta gäller naturligtvis även externa föreläsningar.

*** ANNONSER:** Annonserer välkomnas. Formatet bör vara högupplöst pdf. Tipsa kollegor om möjligheten att göra billig reklam i vår medlemstidning. 750 kr för en kvartssida, 1000 kr för en halvsida och 1500 kr för en helsida.

*** FÖRSTÄRKNING:** Utöver den publicitet som du får av att bidra i tidningen deltar alla fotografer och skribenter i utlottning av en heldags BTF-workshop. Vinnare ombedes maila namn och adress till btf.kansli@gmail.com för att få intyget tillsänt.

*** MANUSSTOPP:** Manusstopp är numera en absolut deadline för inskick av material. Tidningen utkommer 4 ggr/ år. Manusstopp under året är fasta datum: 10 feb, 10 april, 10 aug samt 10 nov. Tidningen skickas ut i mitten av månaden därefter.

*** TIPSA OSS:** Om du har tips på intressanta områden att belysa i tidningen eller idéer på hur vi kan utveckla tidningen, tveka inte att maila dessa till: marvette@hotmail.com

Tveka inte, börja fylla på material till nästa nummer på en gång!

Anna Eriksson, redaktör Beteendeterapeuten

Handledar- & lärarutbildning för legitimerade psykoterapeuter med utbildning i KBT, Kognitiv Beteendeterapi, 45 p.

Utbildningen ges i samarbete mellan Stockholms Fria Universitet, Oxford Cognitive Therapy Centre (OCTC) & Kognitiva Teamet

Utbildningens omfattning

Utbildningen omfattas av 45 högskolepoäng fördelat på tre terminer med sex studieveckor. Sammanlagt antal lektionstimmar är ca 240 varav preliminärt ca 40 lektionstimmar är på engelska.

Kursen omfattar fyra moment om sammanlagt

45 högskolepoäng (hp). Moment 1:Handledningens teorier, metoder och etiska frågeställningar 15 hp. Moment 2: Handlett handledningsarbete 15 hp. Moment 3: Muntlig och skriftlig didaktik, teori 7,5 hp. Moment 4: Muntlig och skriftlig didaktik, praktik 7,5 hp.

Framstående lärare inom KBT

James Bennett-Levi, *Associate Professor at the Northern Rivers University Department of Rural Health (Lismore) Sydney University, Australia. He recognised as one of the leading writers/researchers on CBT training and the therapist skill development.*

Nenad Paunovic, *Docent i klinisk psykologi och leg. psykoterapeut KBT.*

Examinator på utbildningen. Nenad har lång klinisk erfarenhet och arbetar både som leg. psykoterapeut KBT, lärare och handledare.

David Westbrook, *Director of Oxford Cognitive Therapy Centre (OCTC), B.A. (Oxon) in Psychology & Philosophy, B.P.S. Diploma in Clinical Psychology.*

Helen A. Kennerly, *BSc (Hons) in Psychology, Ph D (Faculty of Clinical Medicine), BPS Diploma in Clinical Psychology. Member of Oxford Cognitive Therapy Centre (OCTC)*

Joy McGuire, *Diploma in Behavioural Psychotherapy, Post Graduate Diploma in Cognitive Behavioral Therapy, OCTC/University of Oxford. Post Graduate Diploma in Advanced Cognitive Therapy Studies OCTC/University of Oxford. Member of Oxford Cognitive Therapy Centre (OCTC).*

Plats: Hotell Anglais, Stockholm Sista anmälan 20 oktober

Anmälan görs på: info@stofu.se

OBS. Anmälan är bindande. Pris 37 000 kr. per termin, exkl. moms

Max antal kursdeltagare: 12 personer

Delar av kursen ges på engelska

Frågor: kontakta Anette Sjödin, leg. psykoterapeut KBT

telefon 0707-609 919 eller info@stofu.se

Utbildningen ges under tre terminer på halvfart.

Kursstart: 23 jan. 2012

Läs om kursen på:

www.kognitivteamet.com/utbildningar.php

OBS!
MANUSSTOPP
för nästa nr är
10:e november
Maila ditt alster till Anna Eriksson
marvelette@hotmail.com
OBS!

Enheten för ångestforskning
Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

WORKSHOP

CBT for Anxiety Disorders in Children and Adolescents

Professor Thomas Ollendick
Virginia Tech, Blacksburg, VA, USA



Tom Ollendick är en av världens ledande forskare och kliniker inom barnområdet och han har i sin forskning arbetat både med internaliserade och externaliserade störningar. Han har publicerat över 250 peer-review artiklar och 28 böcker och kommer i slutet av september att bli hedersdoktor vid Stockholms universitet. Ollendick är mest känd för sin forskning rörande ångeststörningar hos barn och ungdomar där han har givit viktiga bidrag inom de flesta av störningarna.

I workshoppen kommer Ollendick att fokusera på de störningar som än så länge har det minsta empiriska underlaget: Paniksyndrom och Separationsångest, men kommer också att ta upp social fobi och PTSD.

Datum: Måndag 3/10 kl. 9-16

Plats: David Magnusson-salen (U31), Psykologiska institutionen, Frescati Hagväg 8

Kostnad: (inkl. moms) Medlem i BTF och sfKBT 1800 kr, Heltidsstuderande 750 kr, PTP-psykolog 900 kr, Icke-medlem 2300 kr.

Sista anmälningdag: Torsdag 29/9

Välkommen med din anmälan på www.psychology.su.se/workshop

Lars-Göran Öst
Professor i klinisk psykologi

Jan Bergström
Lektor i klinisk psykologi



Nu när hösten närmar sig kan det vara trevligt att minnas sommaren som varit.



Beteendeterapeutiska föreningen

**WOULD YOU LIKE
TO KNOW MORE?**

www.kbt.nu