

Beteende terapeuten

Min syn på - Tomas Furmark om social fobi

**BTF:s vår-workshop om
sexuell dysfunktion**

**Rapport
från
BABCP:s
40-årsjubileum**

**Workshop med Andrew
Christensen om IBCT**

Effekter av KBT utförd av psykologstudenter
Vilken terapeut behöver jag om jag blir patient?
KBT-boktips!

Beteende terapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare

Liv Larsson
Johan Westöö
Michaela Johansson

Styrelsen

Björn Paxling, ordförande
bjorn.paxling@gmail.com
Torun Kallings, medlemssekreterare
bif.medlemssekreterare@gmail.com

Olof Johansson, kassör
jobanssonolof@gmail.com
Gösta Liljeholm, sekreterare
gosta.liljeholm@gmail.com

Övriga ledamöter

Andreas Karlsson
andreas.karlsson@miun.se
Maria Jannert
maria.jannert@lin.se
Vendela Zetterqvist
vendela.zetterqvist@gmail.com
Lotta Reuterskiöld
lotta.reuterskiold@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@orebroroll.se

Redaktionellt

Sommaren är kort, det mesta regnar bort – eller hur det nu var. Visserligen kan semester fylla andra funktioner än att tillfredsställa behov av sol och bad, men det måste vara fler än jag som tycker att vädret varit suboptimalt. Höstnumret av Beteendeterapeuten är desto bättre. Vi bjuder på rapporter från två workshops med angränsande teman som ägde rum innan sommaren. Andrew Christensens tvådagars om parterapi och BTF:s workshop med Julia R. Heiman om sexuella dysfunktioner. Några BTF-medlemmar deltog på den brittiska KBT-föreningens 40-årsjubileum/årsmöte under sommaren och delar generöst nog med sig av sina upplevelser i text och bild.

Min syn på är tillbaka efter ett uteblivet besök och i nr 3 får vi stifta närmare bekantskap med Tomas Furmark, professor i klinisk psykologi vid Uppsala Universitet. Social fobi är ett vanligt tillstånd som kan skapa stora problem för den drabbade. Trots att mycket forskning pågår och att behandlingen blir allt bättre är det fortfarande en bit kvar på vägen. Missa inte intervjun med Tomas som redaktionen ser som en expert inom social fobi-området! Och tveka inte att höra av dig till oss med förslag på KBT:are du skulle vilja läsa mer om i Min syn på.

Anna Eriksson
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

| | |
|--|----|
| Min syn på: Tomas Furmark om social fobi..... | 4 |
| Brittiska BABCP firade 40-årsjubileum..... | 7 |
| Matnyttigt och innehållsrikt om par med problem..... | 10 |
| Anteckning nr 5: Den psykoterapeutiska relationen... | 13 |
| Workshop om sexuella problem..... | 16 |
| Styrelsesidor..... | 18 |
| Effekter av KBT utförd av psykologstudenter..... | 20 |
| Boktips..... | 22 |

Ledare:

Bästa kritiken från våra egna led

Under lång tid har kritiken mot beteendeterapi och KBTn i Sverige från personer utanför vårt fält varit påtagligt platt och oinitierad, inte sällan har det hetat att vi har en “maskinell” eller reducerande människosyn. Vi är många som med både otålighet och viss bävan väntat på en ny generation av utomstående kritiker, några som skulle kunna sätta fingret på en faktiskt öm punkt. I väntan på detta har vår rörelse utvecklat en fantastisk tradition av självreflektion och intern kritik där vi ser det som en styrka att öppet debattera och kritisera varandras forskningsupplägg, implementeringsansatser, löpande utvärdering i reguljär vård, tolkningar av forskningsfynd och så vidare.

Under våren har en våg av kritik framförts mot KBT där kärnan tycks vara att utbudet i svensk vård blivit urvattnat, att KBTs starka framväxt inneburit att det är svårt eller nästan omöjligt att erhålla någon annan form av psykologisk behandling. Kritiken är inte helt grundlös; rehabiliteringsgarantin lyfts ofta fram som ett exempel på hur KBT använts för att öka återgång till arbete hos sjukskrivna trots att evidens för detta saknas. Just denna kritik har dock tidigare lyfts fram även från vår egen rörelse, inte minst av professor Lars-Göran Öst som formulerat skarpsynt kritik mot flera aspekter av rehabiliteringsgarantin. Men, att utbudet av psykologisk behandling idag nästan enbart består av KBT är en sanning som kräver så mycket modifikation att den förtjänar att benämnas som lögn. Vissa uttrycker sig försiktigare, de säger sig vilja stävja en utveckling där KBT kan komma att bli totaldominerande i framtiden vilket skulle begränsa viktiga värden som bredd och valfrihet. Denna hållning är behäftad med flera problem som tyvärr sällan diskuteras.

Att sjunga det breda vårdutbudets lov är enkelt fram tills innehållet i vårdutbudet behöver definieras närmare. Vilka behandlingsformer bör finnas i ett vårdutbud, och vilka metoder ska användas för att göra sällningen? Att redan etablerade behandlingsformer bör finnas med

i ett vårdutbud är en underlig utgångspunkt, den pseudovetenskapliga behandlingen homeopati är ju exempelvis etablerad i Tyskland, ett land det ofta hänvisas till i debatten på grund av psykoanalysens starkare ställning där. Inte menar väl vårdbreddsivrarna att allsköns new

Att sjunga det breda vårdutbudets lov är enkelt fram tills innehållet i vårdutbudet behöver definieras närmare.

age- behandlingar bör erbjudas inom exempelvis psykiatri baserat på att de är etablerade? Perspektivet kan även innebära svårigheter för nya behandlingsformer som kanske är än mer effektiva än de befintliga – en ny behandlingsform är ju per definition inte etablerad. Personligen delar jag Socialstyrelsens hållning, jag vill se ett vårdutbud som “inkluderar flera effektiva behandlingsalternativ”.

Jag sticker ut hakan lite här, men jag tror att begreppet valfrihet ibland nyttjas av de som inte eftersträvar valfriheten i sig utan som tycker att det går lite för dåligt för det egna laget. Som säger att de inte vill bråka och sedan ägnar sig åt att bråka ändå för att ändamålen helgar medlen. Ett sätt att testa uppriktigheten är att undersöka om vårdbreddsivraren tidigare arbetat för att ge andra behandlingsformer än sin egen ökat utrymme när den egna metoden var förhärskande - om brett vårdutbud är det centrala vore ju detta ett rimligt agerande. Ärligt talat blir jag lite förbryllad när företrädare för psykodynamisk behandling spelar underdog-kortet mot KBT trots att de ännu är i numerärt överläge. Avslutningsvis är det dock med både glädje och viss sorg som jag idag konstaterar att den skarpaste, mest initierade och mest utvecklande kritiken mot KBT kommer från våra egna led.



Björn Paxling
Ordförande
Beteendeterapeutiska föreningen

Manusstopp för nästa nummer: 10 november 2012

Bidrag skickas till: marvellette@hotmail.com

Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Sanja Gjenero från www.sxc.hu

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik

Tomas Furmark om social fobi

Min syn på handlar denna gång om social fobi (som för övrigt också är tema för det aktuella numret av Cognitive Behavior Therapy) och vi intervjuar professor Tomas Furmark vid Uppsala universitet som är psykolog och forskar i klinisk psykologi.

Text: Johan Westöö

Kan du ge en kort presentation av dig själv och din yrkesbakgrund?

Jag är psykologutbildad i Uppsala där jag också har gått forskarutbildning. Sedan två år tillbaka är jag professor i psykologi, särskilt klinisk psykologi.

Var och med vad arbetar du just nu?

Vid institutionen för psykologi, Uppsala universitet, med forskning, undervisning och andra akademiska uppdrag.

Hur (på vilket sätt) har du arbetat med patienter med social fobi?

Inom klinisk forskning, eftersom jag är verksam i universitetsvärlden. Jag började med att göra epidemiologiska studier där vi tittade på förekomsten av social fobi och sociala rädslor i allmänbefolkningen. Sedan gick jag vidare till mer neurobiologisk forskning för att undersöka hjärnfunktioner vid social fobi och andra ångestsyndrom. Det är än i dag huvudspåret för min forskning,

speciellt biologiska markörer för behandlingsframgång. I min avhandling hade jag med en behandlingsstudie där vi tittade på förändrade hjärnfunktioner efter KBT jämfört med SSRI-behandling av social fobi. Jag har också, tillsammans med bl a Gerhard Andersson och Per Carlbring, varit med och utvecklat internetbaserad KBT för social fobi - det s k SOFIE-projektet som startade i Uppsala år 2003. SOFIE är ett pågående projekt där vi sammanlagt

Tomas Furmark är professor i klinisk psykologi vid Uppsala Universitet.

Foto: Privat

behandlat bortemot tusen personer och visat att behandlingen fungerar lika bra som vanlig KBT på både kort och lång sikt.

Hur ser du på kunskapsläget i nuläget när det gäller social fobi avseende forskning och behandling enligt KBT?

Det pågår väldigt mycket intressant forskning kring social fobi, inte minst inom det neurobiologiska fältet (se nedan), på ett helt annat sätt än för bara 10-15 år sedan. Men

även fast kunskapsläget har förbättrats avsevärt under denna tid har det kanske inte lett till några dramatiska förändringar i det praktiska klientarbetet. Men det finns flera intressanta spår att följa upp. Man ska komma ihåg att social fobi kan vara svårbehandlad. I kliniska studier är det minst en av fyra som inte svarar ens på de bästa behandlingarna som kan erbjudas. Mycket återstår att göra.

Hur ser din "teori" kring mekanismerna

Jag har stött på många solskenshistorier med stora förbättringar hos personer som varit svårt drabbade.

för uppkomst och vidmakthållandet av social fobi ut? Tycker du att någon av modellerna som finns framtagna fångar detta bättre än någon annan och har du någon "favoritforskare" inom social fobi eller ångest?

Vi känner inte till uppkomstmekanismerna i någon större detalj men det handlar om ett komplext samspel mellan arv och miljö. Det finns en betydande ärftlig komponent vid social fobi. Förmodligen ärver man en sårbarhet som tillsammans

med negativa livserfarenheter kan göra att man utvecklar social fobi, vanligtvis under tonåren och ibland även tidigare. Det verkar dock vara mer ovanligt att man utvecklar social fobi under senare vuxenår. Sårbarheten kan handla om en överkänslighet i emotionella nätverk i hjärnan, inklusive amygdalakomplexet i tinningloben, samt obalanser i signalsystem speciellt serotonin och dopaminsystemen. När det

gäller vidmakthållandet finns det flera intressanta kognitiva teorier och det operanta perspektivet att fobin hålls vid liv av undvikanden och säkerhetsbeteenden. Det kan också handla om en oförmåga att lära in nya säkerhetsminnen (extinktionsinläring) och därmed kunna dämpa subkortikala ångestreaktioner från högre kortexområden.

Clarkmodellen, dvs den kognitiva modell som vi själva trycker på i SOFIE-behandlingen, är intressant men jag är lite skeptisk till den ur ett vetenskapligt perspektiv, dvs det är en rätt rörig modell med kausala pilar åt alla möjliga håll som man gärna skulle vilja se belagda med path-analyser. Man kan ha överseende med en vetenskapligt bristfällig modell om den fungerar bra som pedagogisk modell i klientarbete. Men även här tycker jag den är ”på gränsen”. Dock ska det ju sägas att David Clark och kollegor har fått fantastiskt goda forskningsresultat som även har replikerats av andra. Om modellen kan tillskrivas äran för detta är det bara att lyfta på hatten.

Var ligger de största utmaningarna/svårigheterna när det gäller att behandla social fobi?

KBT inklusive internetbaserad KBT

är givetvis dokumenterat effektivt men som jag nämnde tidigare är det fortfarande för många som inte svarar på behandling. Som forskare är jag intresserad av orsakerna till detta, och jag letar mest i det neurobiologiska fältet t ex i samspelet mellan gener och hjärnfunktioner. Ur ett kliniskt perspektiv ligger svårigheterna/utmaningarna i motivationsarbetet att få klienten att bryta ett liv genomsyrt av undvikanden.

Har du några favoritinterventioner som oftast är effektiva eller roliga att jobba med?

Som forskare överlåter jag oftast behandlingen åt andra medarbetare. Men mina egna erfarenheter från ett stort antal behandlingsstudier är att personer med social fobi är en mycket tacksam och roligt grupp att jobba med. Jag har stött på många solskenshistorier med stora förbättringar hos personer som varit svårt drabbade, ibland under flera decennier. Sådant värmer givetvis.

Vilka områden känns mera viktiga eller intressanta att forska mer kring när det gäller social fobi eller ångeststörningar i stort?

När det gäller neurobiologiskt inspirerad behandlingsforskning vore det mycket intressant att testa om man kunde åstadkomma effektivare behandling genom att blockera rekonsolideringen av rädslominnen vid social fobi. I djurstudier har man gjort detta genom att ge proteinsynteshämmare och fått det inlärd rädslominnet i amygdala att suddas ut. Men det finns även visat att re-

konsolideringen kan störas ut genom beteendemässig manipulation om man kort återväcker rädslominnet och inom ett kritiskt tidsintervall om 10 minuter till sex timmar sätter in extinktionsinläring (motsvarande exponering hos ångestpatienter). Det återstår att se om man i KBT kan få bättre resultat om personen först exponeras kort för rädslostimuli och sedan väntar minst 10 min för att sedan genomgå massiv exponering under den tid då rädslominnet är instabilt.

Sedan pågår det annan intressant forskning om hur man kan förhöja inläringseffekten (extinktionsinläringen) av KBT på olika sätt, t ex genom att ge d-cycloserin innan exponeringsbehandlingen.

Ytterligare intressanta forskningsspår gäller neurobiologiska markörer för KBT-respons, t ex reaktivitet och konnektivitet i hjärnans emotionella nätverk liksom genetisk variation, t ex när det gäller gener som styr serotoninprocesser i hjärnan. Kanske går psykoterapi, liksom medicinsk behandling, mot mer individualiserad och skraddarsydd behandling utifrån personens biologiska förutsättningar.

Tack Tomas för mycket intressant information!

Kanske går psykoterapi mot mer individualiserad och skraddarsydd behandling utifrån personens biologiska förutsättningar.

Ni som vill veta mer om SOFIE-studien kan kolla in denna länk: www.sofie10.se

Cognitive Behaviour Therapy, Volume 4, Number 1, June 2012. Special Issue: Social Anxiety.

Brittiska BABCP firade 40-årsjubileum med konferens i Leeds

Den jubilerande organisationen gav ett effektivt och energiskt intryck och välkända föreläsare avlöste varandra under föreläsningar, symposium och paneldebatter.

Text: Sophie Karlsson

British Association for Behavioural and Cognitive Therapies firade i år särskilt organisationens 40-årsjubileum. Det övergripande temat, som vi i BTF förstås redan copat med, var: ”Does Life Begin at 40 for the BABCP? Past, Present and Future Development.” Det var dock långt ifrån någon ålderskrisande, stressad och småfet organisation som tog emot, snarare en effektiv och energisk en, som med nyfikenhet och närvaro tog ett varv i livskompassen. Andra teman var verkningsmekanismer inom KBT och hälsa. Mer sällsynta i svensk klinisk diskussion är ämnena sport, träning och motivation samt Military Veterans och the Impact of Conflict.

Under konferensen fanns givetvis större föreläsningar och paneldebatter, men även mindre symposium med många talare inom ett område och skills classes där deltagarna uppmuntrades att vara aktiva. Programmet var organiserat i tolv olika teman och jag följde fem av dessa under tre dagar. Här kommer några axplock.

Debatt om verkningsmekanismer

I en paneldebatt med rubriken ”How Does CBT Work? Mecha-

nisms of Change? ‘Across the Waves’ fick ordningsmannen Adam Radomsky från Concordia University i Kanada förbättra sina färdigheter i att valla katter. Fyra professorer från tre kontinenter fick ge sin syn på verkningsmekanismer. Kelly Wilson, University of Mississippi, behöver ingen närmare introduktion för Beteendeterapeutens läsare, inte heller Paul Salkovskis från University of Bath. Iris Engelhard har gjort studier kring bl a PTSD och EMDR och är verksam vid University of Utrecht i Nederländerna. Tim Carey från Flinders University i Australien forskar inom Perceptual Control Theory. Det är lättare att sammanfatta vad dessa lärda personer var eniga om än tvärtom. De var eniga om att det finns vetenskapsteoretiska och filosofiska skillnader under KBT-paraplyet och att det är svårt att förklara vad det är som gör att de olika och ibland helt inkongruenta teorierna fungerar.

Det är lättare att sammanfatta vad dessa lärda personer var eniga om än tvärtom.

Debatten dominerades av professor Salkovskis som företrädde CBT-perspektivet och professor Wilson som företrädde ACT. En lätt komisk passus i den stundtals mycket agiterade debatten var när professor Salkovskis hävdade att RFT är obegripligt (incomprehensible) och att

ingen kan redogöra för teorin, och Kelly Wilson replikerade att jodå, Niklas Törneke kan.

Jag tvivlar på att jag kan göra denna debatt rättvisa, så för den intresserade ligger paneldebatten uppe på ett ACT-forum: <http://actsig.wordpress.com/2012/06/27/how-does-cbt-work-panel-discussion-babcp-2012/>

Om du vill veta mer om Perceptual Control Theory, kan du titta på www.pctweb.org

Imagery in CBT Treatment of Long-term Conditions

Ann Hackmann är något av en legend i den brittiska CBT-traditionen och en pionjär i arbetet med guided imagery vid ångeststörningar. Hon höll i en skills class med titeln Using imagery in CBT Treatment of Long-term Conditions, tillsammans med Stephanie Waller från University of Reading. Deras lågmälda och ödmjuka personliga stil gjorde att de flesta deltagarna var aktiva och svåra fall kunde diskuteras. Det är få förunnat att kunna hålla ett interaktivt seminarium om stort personligt lidande hos patienter på ett så engagerande och glädjande sätt. De tog upp aspekten att det kan vara skrämmande för såväl klient som behandlare att plocka fram bilder, t ex att föreställa sig plågsam död och att det är något för terapeuten att vara vaksam över för att navigera



Adam Radomsky och Paul Salkovskis under BABCP:s konferens.

Foto: Kristoffer NT Månsson

sig förbi eventuellt undvikande. Deras modell för exponering innehåller enkelt förklarade tre steg:

- 1: Bringing the images into awareness.
- 2: Holding a reflective stance.
- 3: Bringing in new perspectives of information.

Behavioural Medicine

Det fanns många spännande inslag av beteendemedicin under konferensen och en av University of Leeds egna deltagare var professor Andrew Hill som höll ett huvudtal om forskningsläget avseende behandling av övervikt. Få vettiga RCT:s har gjorts och resultaten är ofta nedslående. De aktiva ingredienser som ingår i de flesta behandlingar är diet och ökad fysisk aktivitet, men professor Hill slog ett slag för personlig kontakt och att vi behöver betrakta övervikt som ett långvarigt tillstånd. Nyckeln till framgång tycks vara en mängd små förändringar, men det stora problemet för individen är inte

att kunna gå ner en viss procentandel i vikt, utan att undvika att gå upp igen. Eftersom personer med övervikt tenderar att fortsätta öka i vikt och i snabbare takt ju tyngre de blir, så är även interventioner som resulterar i små viktnedgångar viktiga, menade Hill. Om baslinjen kan hållas stabil över lång tid i stället för att öka finns det hälsovinster, så detta bör vara det första målet, även om resultatet kan te sig mediokert. De kontextuella faktorerna i den moderna livsstilen är svåra att kontrollera för den enskilda individen och man talar nu om en "obesogenic environment".

Working with the Unfamiliar: Latest perspectives on Medically Unexplained Syndrome

Seb Potter från Kings College har just avslutat en RCT där man behandlat post concussion syndrome.

Han beskrev hur man applicerat KBT i ett 12 sessioners program för personer med diffusa symtom efter skallskador. Han berättade om ett intressant experiment där man påvisat förekomsten av "the Good Old Days Bias", dvs att förstora skillnaden mellan funktion och symtom

innan och efter en traumatisk skada och hur det kan användas i behandling.

Även allmänläkares och sjukhusläkares syn på medicinskt oförklarade symtom behandlades och man problematiserade de svårigheter som uppstår i somatisk sjukvård och hur samarbetet mellan psykiatrisk/terapeutisk och somatisk sjukvård behöver förbättras.

Min personliga favorit som huvudtalare var en av smärtvärldens stjärnor, professor Johan WS Vlayen,

Nyckeln till framgång tycks vara en mängd små förändringar.

Ann Hackmanns och Stephanie Wallers lågmälda och ödmjuka personliga stil gjorde att de flesta deltagarna var aktiva och svåra fall kunde diskuteras.

numera verksam vid Leuven University i Belgien. I dessa multidisciplinära tidevarv, har han gjort laboriestudier kring respondent betingning och pratade om smärtans inlärningspsykologi. Även säkerhetsbeteendenas vara eller icke vara diskuterades.

Professor Vlayen menar att vid just exponering för rörelserädsla bör man inte tillåta säkerhetsbeteenden, vilket ju går på tvären med nyare idéer.

I den efterföljande diskussionen fick han en fråga om just detta och beteendexperiment jämfört med exponering. I publiken satt professor Salkovskis, som är en av representanterna för den nyare synen på exponering, och han gjöt olja på vågorna genom att säga att graderad aktivering är samma andas barn som hans egna "approach behaviours".

Mina intryck

Just säkerhetsbeteende-frågan löpte som en röd tråd genom föredrag och

diskussioner under konferensen. Adam Radomsky höll ett huvudtal om detta och kallade den nya linjen för "a kinder, gentler way". Andra teman var munhuggande om ACT:s vara eller icke-vara i det förenade KBT-riket samt utvärdering och förfining av IAPT. Detta brittiska vårdprogram står för Improving Access to Psychological Therapies och har beskrivits tidigare i Beteendeterapeuten. Det har inneburit något av en vårdrevolution, men barnsjukdomar finns och har också påverkat villkoren för annan vård. Jag träffade personer som var verksamma inom IAPT som var mycket nöjda, men också andra som var riktigt missnöjda. Kristoffer NT Månsson, doktorand vid Linköpings Universitet, föreläste om "CBT Delivered Face-to-Face with Support via the Internet and an iPad" samt "Using Functional Brain Imaging

to Measure Effects by Internet-Delivered CBT and Cognitive Bias Modification in Social Anxiety Disorders – an RCT." Just nätbehandling verkade förvånansvärt nog vara en icke-fråga för de personer jag talade med, men jag vet inte om urvalet var helt representativt. Det sociala programmet var trivsamt, med en grillkväll på en takterrass i den ljusa juninatten och ett hyfsat ABBA-coverband för att hylla 70-talspionjärerna i föreningen. Man höll även en lite finare galamiddag för att fira jubiléet. Jag fick tillfälle att prata lite svenska med professor Emily Holmes och både hennes och övriga deltagares inställning var mycket trevlig och öppen. De 40-årsjubilerande engelsmännen tog sikte på 50-årsjubiléet och verkade fast beslutna att fortsätta åstadkomma mycket gott fram till dess!

Även säkerhetsbeteendenas vara eller icke vara diskuterades.

Matnyttigt och innehållsrikt om par med problem



Andrew Christensen är professor i psykologi på University of California, Los Angeles.

Workshopen om Integrative Behavioural Couple Therapy, IBCT, med Andrew Christensen gav både teoretisk bakgrund till metoden och tillfälle att rent praktiskt träna på interventioner.

Text: Johan Westöö

KBT-Arrangemang hade bjudit in Andrew Christensen för en två dagars workshop i IBCT i Stockholm i april 2012. I workshopen gavs den teoretiska bakgrunden till IBCT och Christensen gick igenom hur man gör den inledande bedömningen. Vi som deltog i workshopen fick också lära oss en del om behandlingsstrategier, och data kring evidensen för metoden presenterades. Flera olika intressanta videoklipp från sessioner med par visades och vi fick flera tillfällen att rollspela i grupp för att pröva på och träna olika interventioner i bedömning och behandling.

Metoden vilar på funktionell beteendeanalys.

Dag ett ägnades åt teoretisk bakgrund och hur man går till väga vid bedömningsfasen när man träffar ett par. Det som kännetecknar IBCT är att metoden vilar på funktionell beteendeanalys och att man fokuserar på breda teman för parets känslor och interaktionsmönster. Man lägger också tonvikt

på acceptans av partners egenheter. En central del är att analysera och vid behov förändra kontingensstyrda beteenden. Målet är att hitta en balans mellan acceptans och förändring.

Bedömningen resulterar i en särskild fallanalys enligt IBCT som sedan presenteras vid en återkopplings-session till paret på ett specifikt sätt, utarbetat inom metoden. Som hjälp vid bedömningen används också ett antal formulär kring problem, tillfredsställelse i relationen, eventuellt våld, nivå av engagemang i relationen och kommunikationsmönster.

Terapeuten gör en bedömning av fyra områden som sammanfattas i akronymen DEEP, där:

D står för Differences/olikheter som gör det svårt att mötas, E står för Emotional sensitivities, känslomässiga sårbarheter, E står för External Stressors, omständigheter kring pa-

ret som påverkar och P som står för Patterns of problematic interaction, problematiska interaktionsmönster av olika slag som gör att paret lätt fastnar i destruktiv interaktion. Man ser P:et som parets sätt att försöka hantera D, E och E och som det som bidrar till vidmakthållande av problemen.

DEEP- analysen kan appliceras på specifika problem som ekonomi, tillit eller depression men passar ofta på ett bredare plan kring teman som ansvarsområden, närhet eller känslomässig kommunikation. Uppläggningsen av bedömning och behandling följer en sekvens som vanligen består av en gemensam inledande session, två individuella sessioner med parterna och en gemensam feedbacksession där man presenterar fallanalysen och kommer överens om fortsättningen.

Workshopens andra dag handlade om hur man lägger upp behandlingen och vilka strategier som används.

Här presenterades flera videoinspelningar med exempel på interventioner. Detta blandades med rollspel där vi fick pröva oss fram och sedan ha återkoppling i storgrupp.

IBCT använder sig av strategier på olika nivåer för att påverka affektivt, kognitivt och beteendemässigt. Christensen menar att interventionerna bör ordnas så att fokus i början av behandlingen är att parterna känner sig hörda och förstådda

och att man hanterar viktiga områden och grundläggande känslor, för att senare gå in mer beteendemässigt på konkreta problem. Hans erfarenhet är också att en del par löser flera problem på egen hand så snart de känner sig förstådda av varandra och har fått ventilera och kommunicera sina känslor med hjälp av terapeuten. En bra tumregel är att i första hand försöka stärka och uppmuntra beteenden som redan finns i repertoaren, innan man försöker träna in nya beteenden.

De mer upplevelsebaserade (in session) affektiva och kognitiva interventionerna är Empathic Joining och Unified Detachment. Målet med Empathic Joining är att parterna får dela varandras djupa känslor kring viktiga upplevelser i relationen, och får förståelse för sina egna känslor från partnern och terapeuten. Man vill försöka fånga det första som händer i en sekvens av konflikt och där hitta "mjuka" känslor som ledsnad vilka ofta följs av "hårda känslor" som ilska. Terapeuten försöker stanna upp, validera och reflektera varje partners uttalande och icke verbala signaler för att fånga det som händer i rummet. Terapeuten

ska uppmuntra att parterna vänder sig direkt till varandra för att dela med sig av hur de känner. Den partner som lyssnat uppmuntras också att ge sin egen respons och feedback på det som den andra partnern uttryckt.

Unified Detachment går ut på att ha en mer intellektuell diskussion kring olika problem och konflikter och parterna uppmuntras att analysera saker som sker sekventiellt enligt A-B-C. Terapeuten försöker få paret att skatta enligt 1-10 och jämföra olika gräl eller problem med varandra. Att hitta namn på typiska gräl eller teman kan bli en strategi för att skapa en distans till det som händer, och försöka skifta från en anklagande position till en bild av att gräl och problem är gemensamma och att båda bidrar till det som sker. Man använder också med fördel metaforer och humor som strategier. Senare i behandlingen används Tolerance Buildning som ett sätt att hantera beteenden som är svåra att acceptera hos sin partner. Målet är att parterna ska bli mer flexibla och att minska risken för att alltid "gå igång" och hantera det man ogillar genom att reagera enligt invanda mönster som är problematiska. Det kan minska intensiteten i konflikter och göra att paret snabbare återhämtar sig efter en konflikt.

Vid behov används traditionella

interventioner som Behavior Exchange, Kommunikationsträning och Problemlösning. Dessa används som hjälpverktyg men ses inte som det primära i behandlingen. Avslutningsfasen brukar bestå av ett antal sessioner som är utglesade i tid. Man inleder avslutning när man har uppnått en betydande förändring, när paret vill avsluta eller när det inte finns mycket viktigt och känslomässigt signifikant kvar att diskutera. Christensen nämnde att de flesta par blir hjälpta efter 20 sessioner (de kliniska studierna har 26 sessioner som max) och att det bör ha skett någon förbättring efter 10 sessioner. Om så inte är fallet får man ta upp det med paret och försöka förstå varför, samt gemensamt besluta hur man ska gå vidare.

En pågående multisitestudie med 134 par i Los Angeles och Seattle som jämför Traditional Behavioral Couples Therapy (TBCT) med Integrative Behavioral Couples Therapy (IBCT) har visat följande resultat:

Gruppen som fått traditionell beteendearterad terapi (TBCT) förbättrades snabbt men planade ut i förbättringen medan IBCT-gruppen hade en mer kontinuerligt förbättring över tid. Båda grupperna visade signifikant förbättring (60,8% för TCBT och 70,3% för IBCT). 2-årsuppföljning visade att IBCT-gruppen i signifikant större utsträckning behöll nivå av tillfredsställelse i relationen jämfört med TBCT. IBCT vidmakthöll också i signifikant högre grad förbättring i observerad kommunikation jämfört mot TBCT. Sammanlagt visade

Terapeuten försöker stanna upp, validera och reflektera varje partners uttalande och icke verbala signaler för att fånga det som händer i rummet.

förbättringen medan IBCT-gruppen hade en mer kontinuerligt förbättring över tid. Båda grupperna visade signifikant förbättring (60,8% för TCBT och 70,3% för IBCT). 2-årsuppföljning visade att IBCT-gruppen i signifikant större utsträckning behöll nivå av tillfredsställelse i relationen jämfört med TBCT. IBCT vidmakthöll också i signifikant högre grad förbättring i observerad kommunikation jämfört mot TBCT. Sammanlagt visade

uppföljningen att 60% av de par som fick TBCT och 69% av de par som fick IBCT vidmakthöll kliniskt signifikant förbättring. Trots detta var andelen separerade/skilda 15-20% vid uppföljning. 5-årsuppföljning visade att 28% av TBCT-paren hade separerat jämfört med 27% av paren i IBCT-gruppen. Effektstorleken var 0.92 för TBCT och 1.03 för IBCT. Mått på kliniskt signifikant förbättring var 46% för TBCT och 50% för IBCT.

Under workshopens gång gavs flera exempel på saker som kan hända i den kliniska vardagen och deltagarna kunde dela med sig av erfarenheter och ställa frågor till Christensen. Det var en innehållsrik och matnyttig workshop och det var bra att få testa de olika interventionerna, samt värdefullt att höra de andra deltagarnas erfarenheter av vanliga utmaningar när det gäller att arbeta med par.

Länk till sida om IBCT för den som vill veta mer:

<http://ibct.psych.ucla.edu/>

KBT-dagarna närmar sig!

När detta nummer av Beteendeterapeuten når din hallmatta har de första KBT-dagarna redan gått av stapeln i Stockholm. För tillfället är arrangörsguppen mitt uppe i slutspurten av planering och förberedande, och gruppen är glad över det mycket positiva mottagande som dagarna hittills fått från medlemmarna i BTF och sfKBT. En utförlig rapport från KBT-dagarna kommer i nästa nummer av Beteendeterapeuten.



Foto av jparise från flickr.com

OBS!
Manusstopp för
nästa nummer av
Beteendeterapeuten är
10 november 2012

Maila ditt alster till Anna Eriksson:
marvelette@hotmail.com

**Grattis:
Kristoffer NT Månsson!**
Du har vunnit en 1-dags-
workshop i BTF:s regi.
Maila namn och hemadress till
BTF:s kanslist Justina Gudelyte:
btf.kansli@gmail.com
så får du workshopintyget
hemskickat.

Anteckning nr 5: Den psykoteraeutiska relationen. Vilken terapeut behöver jag om jag blir patient?

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Inledning

Jag har tidigare skrivit fyra anteckningar om den psykoteraeutiska relationen. Det materialet är inte slutdiskuterat eller slutbearbetat på olika andra prioriteringar. Detta material har samlats mellan 2008 och 2012. Ett stort tack till alla som medverkade och till alla patienter som gav sitt medgivande till en vidare bearbetning av materialet. Insamling av material kommer att fortsätta ett tag till för att se om dessa aspekter kan bli en del av den preliminära psykiatriska bedömningen inför en eventuell psykoteraeut.

Tidigare har jag fokuserat på det första spontana ordet man kommer på när man försöker beskriva sin eventuella terapeut. Vad är det första man tänker på? Sedan gick jag vidare med att försöka ge två listor med färdigskrivna ord till olika försökspersoner. Om man tänker på att man själv ska konsultera en psykolog eller en psykoteraeut - hur vill man bli bemött? Hur ska psykologen eller psykoteraeuten bete sig eller ta emot mig som patient? Om jag blir patient, hur vill jag ha det? Vad förväntar jag mig? Vad vill jag ha av det mötet, av den kontakten? Vad händer när man tänker att man själv kan vara i behov av att söka psykologisk hjälp, hur tänker man, vad är det som blir viktigt?

Skalor/enkäter

För att testa dessa funderingar satte jag ihop två skalor/enkäter som hade en rubrik som inledning, och flera ord eller mycket korta meningar som försökspersonerna fick ta ställning till genom att göra en enkel skattning.

Dessa två skalor/enkäter visas här nedan:

(A) Om jag blir patient ... Jag behöver en terapeut som...

I skalan/enkät (A) fick man skatta 19 olika ord eller korta formuleringar mellan noll (inte viktigt) och tio (mycket viktigt). Till exempel: förstår mig, kan ha förtroende för, tycker om mig, kan hjälpa mig att nå mina mål, kan arbeta tillsammans med, förstår mina problem, respekterar min syn på minna problem, jag respekterar, jag tycker om som person, jag kan ha en bra relation med, jag kan känna mig bekväm med, har lång erfarenhet, är trevlig, sympatisk, snygg, är kunnig, har humor, skrivit böcker.

Den andra skalan/enkäten (B) syftar till olika egenskaper som förväntas finnas hos en terapeut.

(B) I din kontakt med din terapeut... Hur pass viktigt är det för dig att terapeuten är...

Sedan fick man skatta 17 olika ord mellan noll (inte viktigt) och tio (mycket viktigt). Här ingick även ett fält för kommentar och ett fält för det man inte skulle tycka om hos en terapeut, vilket inte tas upp här. I skalan/enkäten (B) fick man skatta ord som ärlig, sig själv, lyhörd, inlevelseförmåga, prestigelös, förstående, accepterande, empatisk, varm, stödjande, engagerad, inbjudande, flexibel, artig, förtroendeingivande, intresserad, öppen, annat.

Svarsgruppen

Svarsgruppen bestod av 158 personer, varav 26 var patienter i psykiatrisk öppenvård. Den största gruppen utgjordes av 103 deltagare i KBT-utbildning steg I eller personer som redan hade genomgått sin steg I utbildning, och 16 legitimerade psykoteraeuter (varav två steg II studerande). Dessutom deltog en grupp av 13 personer som arbetade med administrativa eller rehabiliterande arbetsuppgifter.

Åldern varierade mellan 22 och 64 år, och kvinnorna var ungefär dubbelt så många som männen. Av svarsgruppens 158 personer hade 103 egen erfarenhet av psykoteraeut. Tabell 1 visar kategorierna i svarsgruppen.

Tabell 1. Information om de grupper som besvarat formulären.

| Kategori | Antal | Därav kvinnor | Medianålder (år) | Lägsta ålder | Högsta ålder |
|---------------------------------------|-------|---------------|------------------|--------------|--------------|
| Deltagare i KBT-utbildning och Steg I | 103 | 72 | 41 | 24 | 64 |
| Legitimerad psykoterapeut | 16 | 12 | 48,5 | 34 | 61 |
| Adm. & rehabpersonal | 13 | 8 | 39 | 26 | 56 |
| Patient i psykiatrisk öppenvård | 26 | 19 | 33 | 22 | 59 |

Yrkesgrupper

I svarsgruppen fanns olika yrkesgrupper representerade: läkare, sjukgymnaster, socionomer, kuratorer, psykologer, psykologistuderande, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, mentalskötare, coacher, stödpersoner, behandlingsassistenter, psykoterapeuter, administrativ- och rehabiliteringspersonal och övriga.

Resultat

I det första formuläret var det tre egenskaper som värderades som mest viktiga, nämligen ”kan ha förtroende för”, ”kan arbeta tillsammans med” och ”kan hjälpa mig att nå mina mål”.

Som minst viktiga beskrevs ”har skrivit böcker”, ”snygg” och ”har lång erfarenhet”.

I det andra formuläret var ”intresserad”, ”engagerad” och ”lyhörd” de tre egenskaper som värderades högst, medan ”artig”, ”sig själv” och ”förtroendeingivande” värderades som minst viktiga av de 17 förslagen.

Skalor alfavärde

Summan av de 19 skattningarna i det första formuläret hade reliabiliteten 0,804 (Cronbachs alfakoefficient), och summan av det andra formulärets 17 skattningar hade reliabiliteten 0,862. Summorna hade obetydliga samband med egen terapi, med kön och med ålder. De ganska höga homogenitetsvärdena antyder att den som svarar har en bestämd uppfattning om hur viktigt det är att terapeuten besitter en viss positiv egenskap: när man skattat den första egenskapen, tenderar man att bedöma de följande likartat. Summapoängen blir alltså ett mått på hur betydelsefull man anser sig vara som patient, och alla skattningsvärden tenderar att bli höga. Men eftersom skattningsvärdena ändå varierar mellan de olika frågorna, kan värdefull information utvinnas ur dessa olikheter.

Statistisk analys

För att genom gruppering få en bättre överblick av vad formulärens frågor mäter gjordes två komponentanalyser. Fem komponenter i vardera formuläret hade egenvärde >1, och därför bildades fem delskalor med hjälp av varimaxrotering.

Det första formulärets fem delskalor redovisas nedan med namnförslag och exempel:

- I. Personkontakt. ”jag tycker om som person”, ”är trevlig”, ”tycker om mig”, ”sympatisk”.
- II. Intryck. ”snygg”, ”har lång erfarenhet”, ”skrivit böcker”.
- III. Tilltro. ”är kunnig eller ser kunnig ut”, ”jag respekterar”, ”tror på mig”.
- IV. Effektivitet. ”kan hjälpa mig att nå mina mål”, ”kan arbeta tillsammans med”.
- V. Förståelse. ”förstår mig”, ”förstår mina problem”.

Det andra formuläret delades på samma sätt upp i fem delskalor:

- I. Empati. ”inlevelseförmåga”, ”prestigelös”, ”varm”, ”empatisk”.
- II. Öppenhet. ”flexibel”, ”inbjudande”, ”öppen”, ”artig”.
- III. Stöd. ”stödande”, ”förstående”, ”accepterande”.
- IV. Ärlighet. ”ärlig”, ”sig själv”.
- V. Engagemang. ”förtroendeingivande”, ”engagerad”, ”intresserad”.

Varje delskalors poäng beräknades som medelvärdet av de skattningar (0-10) som ingår i den.

I Tabell 2 redovisas delskalornas värden i de olika grupperna.

Tabell 2. De 10 delskalornas medelvärden och standardavvikelser i fyra svarsgrupper.

| Grupp Delskala | KBT-utbildning | | Leg. terapeuter | | Adm. och rehabpers. | | Pat. i psyk. öppenv. | |
|-------------------|----------------|-------|-----------------|-------|---------------------|-------|----------------------|-------|
| | M | s | M | s | M | s | M | s |
| Personkontakt | 7,56 | 1,41 | 7,35 | 0,73 | 6,91 | 1,26 | 7,26 | 1,58 |
| Intryck | 2,14 | 1,44 | 2,17 | 0,89 | 1,97 | 0,5 | 1,59 | 0,93 |
| Tilltro | 8,31 | 1,33 | 8,13 | 1,65 | 8,44 | 0,96 | 8,22 | 1,24 |
| Effektivitet | 9,06 | 1,4 | 9,31 | 0,89 | 9,23 | 0,83 | 9,31 | 1,02 |
| Förståelse | 8,61 | 1,42 | 8,5 | 1,33 | 8,42 | 1,35 | 8,94 | 1,63 |
| Empati | 8,19 | 1,31 | 8,25 | 1,08 | 7,37 | 1,11 | 6,97 | 2,32 |
| Öppenhet | 7,11 | 1,69 | 6,8 | 1,46 | 6,14 | 1,68 | 6,25 | 1,63 |
| Stöd | 8,21 | 1,42 | 8,1 | 1,11 | 7,8 | 1,37 | 8,15 | 1,63 |
| Ärlighet | 8,05 | 1,97 | 6,53 | 2,54 | 7,19 | 2,17 | 7,25 | 2,25 |
| Engagemang | 8,97 | 1,05 | 8,94 | 0,83 | 8,87 | 0,69 | 9,21 | 0,89 |
| A Totalpoäng | 133,01 | 19,78 | 131,13 | 10,62 | 128,77 | 13,28 | 131,58 | 21,26 |
| B Totalpoäng | 136,9 | 19,27 | 133,25 | 14,36 | 128,77 | 13,91 | 128,58 | 22,4 |

Totalpoängssumman i de båda formulären A och B visar inga statistiskt säkerställda skillnader mellan svarsgrupperna. Det är heller inte troligt att synen på vikten av att en tänkt terapeut har positiva egenskaper skulle vara olika i de fyra svarsgrupperna.

Däremot kan den relativa vikten av olika egenskaper skilja sig mellan t ex patienter och terapeuter, och de skillnader och samband som beskrivs och kommenteras i det följande (A-E) är statistiskt säkerställda (risknivå 5%).

När man beaktar att Effektivitet är den delskala som i alla svarsgrupperna fått den högsta vikten, blir det ett tydligare mönster i preferenserna.

A. När patientgruppen (n=26) jämfördes med gruppen av alla övriga svarande (n=132) visade det sig att patienterna skattade Intryck, Empati och Öppenhet som mindre viktiga än vad övriga svarande gjorde. För den som är patient i psykiatrisk öppenvård är resultatet det allt överskuggande, och egenskaper hos terapeuten ter sig ovidkommande.

B. De 103 personer som deltog i KBT-utbildning eller redan hade steg I kompetens skattade Ärlighet som mer viktigt än vad de 16 legitimerade terapeuterna i samma utbildning gjorde.

C. Äldre personer uppfattade Personkontakt och Empati som mer viktiga än vad de yngre gjorde.

D. Kvinnor värderade Intryck högre än vad män gjorde, medan männen värderade Personkontakt, Tilltro och Engagemang högre än kvinnorna. Det intryck som terapeuten ger är viktigare för kvinnor än för män.

E. De som deltagit i egen terapi värderade Förståelse högre men Intryck och Öppenhet lägre än de som inte deltagit.

Sammanfattning

Resultatet av denna enkät kan sammanfattas som att de egenskaper patienten värderar mest hos terapeuten är effektivitet, engagemang och förståelse. Den som föreställer sig i rollen som patient värderar den tänkta terapeutens egenskaper på samma sätt, och även verkliga terapeuter har samma värdering.

Workshop om sexuella problem med Julia R. Heiman

Den amerikanska psykologens workshop fokuserade på olika studier av sexuella problem, som utebliven orgasm hos kvinnor och svårighet att behålla erektion hos män. Vikten av att utföra en ordentlig beteendeanalys av problemen betonades.

Text: Liv Larsson

I början av juni höll Julia R. Heiman en workshop i Stockholm om sexuella problem hos individer och par. Heiman är psykolog, forskare och sedan 2004 chef vid The Kinsey Institute for Sex, Gender and Reproduction, Indiana University, USA. Hon innehar även en professur i psykologi vid The Psychiatric Department, School of Medicine, Indianapolis. Fram till och med 2004 då hon började arbeta vid The Kinsey Institute arbetade hon främst kliniskt men har sedan dess ägnat tiden åt forskning.

Heiman inledde workshopen med en målade beskrivning av The Kinsey Institute och den kliniska forskningstradition som finns där. Institutet grundades 1947 av Alfred C. Kinsey och har genom åren haft forskare som bedrivit banbrytande forskning inom sexologi och

reproduktion. Heiman påpekade att institutet inte tar emot ekonomiska bidrag från läkemedelsföretag utan finansierar sin verksamhet genom donationer.

Heiman anser att forskningen behövs för att höja kunskapen om mäns och kvinnors sexualitet och fysiologi. Hon menar att det har funnits en tradition hos sexforskare att fokusera på ovanliga sexuella beteenden och små minoriteter. Denna forskning behövs också men under lång tid har forskningen nästan uteslutande handlat om detta. Heiman vill att forskningen ska ge svar på breda frågeställningar, så som t ex den kvinnliga orgasmens funktion.

Eftersom Heiman idag främst är forskare ägnades en stor del av workshopen åt att gå igenom olika studier. Alla dessa ryms inte i

denna korta sammanfattning från workshopen utan ett fåtal studier refereras: en amerikansk studie av Laumann m fl från 1999 undersökte sexuella problem i den amerikanska befolkningen. Både kvinnor (1749 st) och män (1410 st) deltog i studien och resultatet visade att kvinnors och mäns sexuella problem skiljer sig åt. Kvinnor upplever ofta bristande sexuellt intresse och utebliven orgasm som primära problem, medan män uppger för tidig utlösning samt svårigheter att behålla erektionen som huvudsakliga problem.

Shifren genomförde 2008 en studie av 31581 amerikanska kvinnors sexuella problem. Hon fann att sexuella problem ökar med åldern men att oron över de sexuella problemen minskar och var som lägst hos äldre kvinnor. Orsaken till detta är okänd men Shifren spekulerar i att det kan bero på att andra medicinska problem tar över, förändringar hos partnern i form av egna hälsoproblem eller att andra faktorer i relationen får ökat värde. I en ny stu-

Enligt Heimans kliniska erfarenhet är livslånga sexuella problem svårare att behandla än nyuppkomna problem.

die (2009) med samma sampel fann Shifren att förekomst av depression ökade de sexuella problemen. Heiman betonade därför vikten av att behandla en depression innan de sexuella problemen adresseras.

I det kliniska arbetet föredrar Heiman att arbeta med par. Om endera parten inte vill delta har Heiman en pragmatisk hållning och anser att psykoterapeuten får göra det bästa av situationen och arbeta med den person som vill delta. Om psykoterapeuten avser att erbjuda psykoterapi till ett par rekommenderar hon att psykoterapeuten inte träffar någon av klienterna ensam mer än två sessioner. Fler enskilda sessioner innebär en ojämnlik relation mellan psykoterapeuten och den ena parten i parrelationen, vilket på flera sätt kan äventyra framgång i parterapi.

Heiman betonade vikten av att utföra en ordentlig beteendeanalys av sexuella problem. Hon anser att psykoterapeuten bör gå igenom sexuella dysfunktioner enligt DSM:s kategorisering och verkligen få en



Foto av Nevit Dilmen från www.sxc.hu

konkret och tydlig bild av problemen. Enligt Heimans kliniska erfarenhet är livslånga sexuella problem svårare att behandla än nyuppkomna problem. Vid kartläggning av besvären är det också viktigt att ta reda på om problemen är knutna till en specifik person och relation eller globala (t ex att man inte har sexuellt intresse för någon). För att förstå en klients problem kan en multifaktoriell modell användas. Den beskriver predisponerande faktorer, nuet samt vidmakthållande faktorer.

Ett effektivt verktyg Heiman beskrev är sensate focus. Det kan användas för upphetsnings- och luststörningar hos kvinnor samt för prestationsångest hos män. Det är

en övning som handlar om att skapa medvetenhet om känslan av att smeka och bli smekt samt att vara i nuet. Uppgiften för paret är att ett par gånger per vecka turas om att smeka varandra utan att smekningarna leder fram till en sexuell aktivitet. Om sexuell upphetsning inträffar instrueras paret att inte ge sig hän utan enbart fortsätta med smekningarna. Övningen kan förändras och utökas alltefter parets behov.

Workshopen innehöll även en demonstration där två deltagare ur publiken spelade par och Heiman agerade psykoterapeut. Syftet var att visa kliniska färdigheter och inbjuda till diskussion med publiken därefter.

Syftet med nyhetsbrevet är att som ett komplement till protokollet kort berätta vad styrelsen arbetar med för närvarande. Här lyfter vi särskilt fram det vi vill nå ut med till alla i BTF.

Har du synpunkter eller frågor vill vi mycket gärna att du startar en diskussion på KBT-listan om det är något du vill rikta till hela BTF. Du kan även skriva direkt till styrelsen eller kanske låta dig inspireras till att skriva en motion till årsmötet.

Nyhetsbrev från styrelsen, maj 2012

Föreningen tappar medlemmar

Föreningen har i dagsläget cirka 100 medlemmar färre än motsvarande period förra året. Vi är naturligtvis ledsna över det och påminner oss om vikten att uppmuntra våra medlemmar att bli kvar i föreningen. Styrelsens förhoppning är att föreningens engagemang i KBT-dagarna kan leda till ytterligare medlemsintäkter men ser även över andra möjligheter att få bukt med medlemstappet.

Hemsida och IT

Hemsidan är uppdaterad med aktuella kontaktuppgifter för föreningens styrelse och för KBT-dagarna. Även Mediagruppen ses över så att medlemmar som kan svara på frågor från journalister syns med aktuella uppgifter. Dessutom är en hemsida för KBT-dagarna under produktion och kommer förhoppningsvis lanseras inom kort.

Ny kanslist anställd

Justina Gudelyte har nyligen påbörjat sin tjänst som föreningens kanslist och efterträder således Migle Paulauskaite. Vi tackar Migle för väl utförd arbete och välkomnar Justina till oss!

Nyhetsbrev från styrelsen, juni 2012

Årsmötesgruppen i Uppsala har påbörjat sitt arbete. Styrelsen informeras utifrån en medial samhällsbevakning. Radioprogrammet Kaliber har haft ett inslag om bla KBT med en negativ och osaklig vinkling utan att någon företrädare för KBT getts möjlighet att yttra sig i frågan. Ett flertal anmälningar har gjorts mot programinslaget. Ett kontinuerligt och enträget arbete med att föra ut saklig information om KBT på nätet fortlöper.

Arbetshelg för styrelsen

Helgen den 24-26e augusti kommer styrelsen att ha en arbetshelg på konferensanläggningen Ljungbergsgården på Tynningö i Stockholms skärgård.

Nytt kontrakt till kansliet

Efter tre år i kanslilokalen på Kammakargatan i Stockholm har det blivit dags att ta ställning till ett nytt kontrakt. Både styrelsen och kanslisten har varit nöjda med kansliet och mot bakgrund av det fattades beslut om att upprätta ett nytt kontrakt som löper tre år framåt från 2013.

SoL som stöd för att stå med på behandlarlistan

Styrelsen beslutade efter votering att medlemmar som ej har legitimation kan stå med på listan om de är kopplade till en verksamhet som regleras av Socialtjänstlagen (SoL).

För styrelsens räkning,

Anders Görling

RPCs ordförande Lance Cederström har till RPCs medlemmar skickat ett brev med uppmaning att rapportera in patientfall som fått "dålig KBT". BTFs ordförande Björn Paxling och sfKBTs ordförande Poul Perris har skickat ett brev till Lance Cederström där detta problematiseras.

BTF kommer att medverka med två representanter i Samrådsforum ävenledes framöver.

Vad gäller internationella kontakter planeras ett möte under hösten i den "SIG" (Special Interest Group) inom EABCT som fokuserar på Low Intensity CBT. Datum är ännu inte fastställt.

Samverkan med sfKBT fortsätter med det gemensamma arrangemanget KBT-dagarna. Arbetet går bra och det finns ett stort intresse för arrangemanget. Över 40 programpunkter är inbokade och sedan en dryg vecka tillbaka är anmälan öppen!

Styrelsen har efter moget övervägande beslutat att säga upp artikeltjänsten. Det är angeläget för föreningen att sänka sina fasta utgifter för att kunna säkra en långsiktig ekonomisk stabilitet. Enligt Science Directs statistik är det endast 25-92 personer som använt tjänsten under en sju månaders period. Det innebär att 2-8 % av medlemmarna sökt artiklar via artikeltjänsten, och den årliga kostnaden har varit 50 000 kronor.

Policydokumentet (reglerar styrelsens arbete) har varit föremål för styrelsens granskning och beslut är fattat att göra en ändring som innebär större tydlighet.

En av BTFs grundare, Lars-Göran Öst går i pension till hösten. Lars-Göran kommer att avtackas för sina fina och stora bidrag inom psykologisk forskning och för att generöst ha spridit sin kunskap. Styrelsen hoppas givetvis att vi även får ta del av hans fort-

sätta gärningar. Avtackningssymposiet arrangeras av Stockholms Universitet men för att visa Lars-Göran vår stora tacksamhet sponsrar föreningen en del av arrangemanget.

En fråga som kommer att beredas vidare är huruvida det finns ett intresse bland medlemmarna utanför Stockholmsregionen av att det ges lokalt anordnade workshops.

En livlig diskussion förs om hur nya medlemmar kan rekryteras till BTF. Bland annat diskuteras hur rutinerna för att påminna våra medlemmar om att förnya sitt medlemskap kan förbättras.

Föreningens revisorer har i samband med att en medlem i BTF anklagat styrelsen för personliga trakasserier inlett och avslutat en revision angående ärendet. Revisionen slog fast att styrelsen ej trakasserat medlemmen ifråga. Revisorerna har överlämnat ett skriftligt betänkande med två konkreta förslag till styrelsen. Anledningen är bl a att se över hur föreningen kan skydda namnen BTF och Beteendeterapeutiska föreningen vid marknadsföring i kommersiella syften. Förslaget ska beredas och beslutas vid nästkommande styrelsemöte.

För styrelsens räkning,
Kerstin Mill

Styrelsen:

Björn Paxling, ordförande
Torun Kallings, Medlemssekreterare
Olof Johansson, kassör
Gösta Liljeholm, sekreterare
Andreas Karlsson
Maria Jannert
Vendela Zetterqvist
Lotta Reuterskiöld
Dan Katz
Jonas Bjärehed
Mats Dahlin
Jens Högström
Kerstin Mill

Mediakontakt:

Dan Katz
dan.katz@katzkbt.se
Liria Ortiz
e-post@mail.com

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist:
btf.kansli@gmail.com
Andreas Larsson, teknisk adm.
KBT-listan:
psykolog.andreas@gmail.com
Revisorer:
Rolf Olsson
Johan Wetterlöv
Medlemsregistrerare:
Cecilia Brant-Lundin
Piret Kams
Valberedning:
Johan Holmberg
Tove Wahlund
Johanna Morén
Årsmötesansvariga:
Andreas Karlsson (2012)
Hemsidor och IT:
Lars Ström

Regionala nätverk:

KBT-nätverket i Norrbotten
Behavioristiska studentnätverket
BTF Skåne
Författarnätverket
KBT vid psykos
KBT Västerbotten
Svenska ACT-gruppen för verk-
samma kliniker
Mitt KBT-nätverk (Västernorrland,
Jämtland mfl)
KBT vid smärta

Redaktionen Cognitive Behavior Therapy:

Per Carlbring
Gerhard Andersson
Ata Ghaderi

Handledarkommittén:

Eva Magoulias
Kerstin Mill
Aina Lindgren

Effekter av KBT utförd av psykologstudenter

– en effectiveness-studie

Kliniskt oerfarna studentterapeuter som har handledning av erfarna handledare kan uppnå behandlingseffekter som är likställa med de som erfarna legitimerade psykoterapeuter uppnår.

Text: Aina Lindgren

Sammanfattning

Man har tidigare vetat ganska lite om effekten av KBT när den utförs av kliniskt oerfarna psykologstudenter under handledning. Den här studien utvärderar behandlingseffekten genom att samla för- och eftermätningar från 591 klienter som erhållit KBT på Psykoterapimottagningen vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, under en tidsperiod på åtta år. Klienterna besvärades framför allt av ångestsyndrom eller depression och hade i genomsnitt haft problemen i 15 år då de sökte hjälp. Den genomsnittliga behandlingstiden var 18 sessioner. Klienterna förbättrades signifikant avseende mätningar av såväl ångest, depression och livskvalitet (självskattningsformulären BAI, BDI, QOLI) samt även avseende diagnosspecifika självrapportsskolor. Författarna drar slutsatsen att kliniskt oerfarna studentterapeuter som har handledning av erfarna handledare kan uppnå behandlingseffekter som är likställa med de som erfarna legitimerade psykoterapeuter uppnår.

Metod

Terapeuterna

Psykologprogrammet är en femårig sammanhållen utbildning. Konkurrensen om studieplatserna är hård,

endast 4 % av de sökande antas till utbildningen. I slutfasen av utbildningen behandlar studenterna klienter på Psykoterapimottagningen vid Psykologiska institutionen. Under termin 7-9, i samband med att studenterna läser Psykoterapikursen (ca 240 timmar teoretisk undervisning), får de praktisk erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete under handledning. Vanligen behandlar studenterna 2-3 klienter var under denna tid. Handledning till studentterapeuterna ges i grupper om fyra. Handledarna är kliniskt erfarna legitimerade psykologer/psykoterapeuter med handledarutbildning i KBT, de fungerar som behandlingsansvariga eftersom studentterapeuterna inte innehar egen psykologlegitimation. Varje terapisesion spelas in på DVD i lärande- samt kvalitetssäkringssyfte. På mottagningen arbetar psykologer/psykoterapeuter som rekryterar klienterna samt har det övergripande ansvaret för psykoterapierna på mottagningen.

Klienterna

De flesta klienter kontaktar mottagningen via mejl eller telefon. Ibland annonserar mottagningen i en lokal tidning efter klienter med en specifik problematik (fobier). Alla klienter genomgår en 30 minuter lång telefonintervju innan de blir antagna

till utbildningsterapi. En klient med lämplig problematik och realistiska förväntningar på psykoterapi sätts upp på väntelista och blir kontaktad av studentterapeuten så fort det finns ledig plats. Klienterna informeras om att det slutgiltiga ställningstagandet till behandling görs av studentterapeuten och handledaren (behandlingsansvarig).

Mottagningens klienter bestod i studien av 78.2 % kvinnor och 21.8 % män, åldern varierade mellan 18-79 år, genomsnittet är 33.7 år. En majoritet av klienterna besvärades av olika ångestsyndrom, 78%, medan 6.9% av klienterna hade depressionstillstånd, 3.9% hade andra diagnoser och 11% hade ingen psykiatrisk diagnos. I genomsnitt uppfyllde 27.2% av klienterna kriterierna för mer än en psykiatrisk diagnos. En viss andel av mottagningens klienter, 21.7 % hade tidigare erhållit psykoterapeutisk behandling, eller använt medicin, 34.3%. Enbart några få klienter avbröt behandlingen i förtid, 7.6%.

Bedömning och behandling

Alla klienter genomgår en standardiserad bedömningsfas med en omfattande diagnostisk intervju (ADIS-IV) med expertskattning av problemens svårighetsgrad (0-

8), generella frågeformulär (BAI, BDI, QOLI) samt diagnosspecifika instrument (Spindelfobiskalan, Ormfobiskalan, Agorafobiskalan, PSWQ, Y-BOCS etc.). I genomsnitt användes fem sessioner för bedömning/kartläggning och resterande 13 sessioner till själva behandlingsarbetet. De vanligaste behandlingsmetoderna i studien var exponering in vivo (59%), följt av kognitiva interventioner (26%), tillämpad avslappning (12%) och psykoedukation (3%). Vid avslut av terapin gjordes eftermätning med samma instrument som i bedömningsfasen med komplement av ett klienttillfredsställelseformulär (CSQ).

Resultat

Studien rapporterar goda resultat avseende mottagningens klienter. Andelen botade eller avsevärt förbättrade enligt expertskattning av diagnosens svårighetsgrad i ADIS är 90,6%, ingen förändring sågs hos 9.2% och endast en klient, 0.2% försämrades. Klienterna är genomgående nöjda med behandlingen och uppfattar att de blivit hjälpta, de skattar i genomsnitt 28.7 (av totalt 32 möjliga poäng) avseende klienttillfredsställelse.

På självskattningsformuläret för ångest (BAI) skattar 81.8% av klien-

terna att de blivit botade eller avsevärt förbättrade. På självskattningsformuläret för depression (BDI) var motsvarande andel 71%. Dessa resultat kan jämföras med en liknande stor behandlingsstudie gjord i Oxford (Oxford Adult Mental Health Psychology Department), England. På Oxfordkliniken arbetar legitimerad vårdpersonal. Författarna visar i studien att Psykoterapimottagningens klienter i dubbelt så hög utsträckning som de engelska klienterna i Oxford blev återhämtade avseende mätningar av ångest och depression (BAI och BDI). En möjlig förklaring till dessa resultat kan vara att Oxfordklienterna i genomsnitt skattade några poäng högre initialt på dessa mått.

Diskussion

Den mest uppenbara begränsningen i studien är avsaknaden av kontrollgrupp, varför förändringarna hos klienterna inte med säkerhet kan hänföras till behandlingen. Möjliga andra påverkansfaktorer kan vara spontanförbättring över tid eller effekter av upprepade mätningar. Dessa begränsningar finns i majoriteten av "effectiveness-studier", särskilt då det gäller psykoterapievaluering. Fördelarna med denna studie, t ex jämfört med Oxfordstudien, var att flera mätinstrument användes, att

Klienterna är genomgående nöjda med behandlingen och uppfattar att de blivit hjälpta.

klienterna var väl utredda diagnostiskt, att behandlingsmanualer användes samt att få klienter föll bort i studien (avbröt behandlingen).

Slutsatser

Klienter med primärt ångestsyndrom eller depressionstillstånd kan framgångsrikt behandlas med KBT av kliniskt oerfarna terapeuter under tät handledning av erfarna KBT-handledare. Resultaten tycks vara lika goda som de som uppnås av erfarna legitimerade KBT-terapeuter som arbetar med minimal handledning. Två timmars grupphandledning i veckan under termin 7 och 8 respektive varannan vecka under termin 9, kan alltså uppväga den större skillnaden i klinisk erfarenhet bland terapeuterna.

Artikelreferens

Öst, L.-G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The Effects of Cognitive Behavior Therapy Delivered by Students in a Psychologist Training Program: An Effectiveness Study. *Behavior Therapy*, 43, 160-173.

Rädslor, fobier och nedstämdhet hos barn och unga

av Liv Svirsky

Förlag: Gothia förlag
ISBN: 978-91-7205-818-7
Utgivningsår: 2012
Omfattning: 119 sidor

Liv Svirsky har skrivit en bok i detta angelägna ämne som vänder sig till vuxna som möter barn med dessa besvär. Det är en enkel och pedagogiskt upplagd bok med fallbeskrivningar som illustrerar hur olika tillstånd av ångest och nedstämdhet hos barn och ungdomar kan se ut.

Boken är indelad i tre delar. I del ett presenteras fakta kring rädsla och ångest hos barn. Läsaren ges här också en inblick i hur det kan vara att möta barn med dessa besvär och hur de kan ta sig uttryck. Här ges flera perspektiv utifrån om man själv är förälder till barnet eller möter barnet i sin professionella roll. Boken tar på ett praktiskt och konkret sätt upp hur man kan söka mer kunskap och hur man söker hjälp eller stöttar barnet/familjen i att söka eventuell behandling.

Del två handlar om behandling och innehåller en kort och tydlig beskrivning av hur en KBT-behandling kan se ut, samt en bra och grundläggande genomgång av viktiga komponenter i en KBT-behandling.

Det här är en enkel och sympatisk bok som på ett tydligt och lättläst sätt tar upp det mesta man behöver veta i ämnet som introduktion.

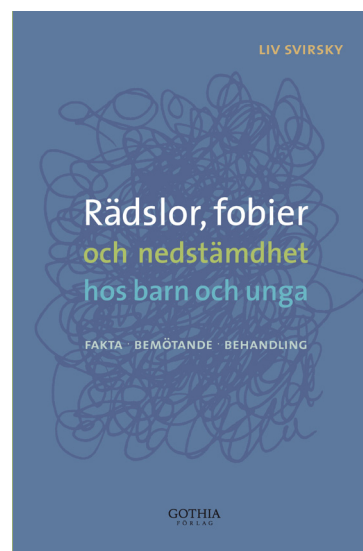
I del tre får läsaren en genomgång av de olika ångeststörningarna. Ett kapitel om nedstämdhet och sorg finns också med. Kapitlen är upplagda med en fallbeskrivning i inledningen följt av genomgång av fakta som kännetecken, samsjuklighet och behandling. Varje kapitel avslutas med att fallbeskrivningen från inledningen får sin ”upplösning” i en behandlingsbeskrivning. Som avslutning presenteras ”hårddata” i form av vad forskningen har att säga om behandlingsresultat med KBT för de olika tillstånden. Här finns också en referenslista med boktips på svenska böcker om ångest, nedstämdhet och KBT.

I slutet av boken finns en saga om ångest och fobier som kan läsas för barn som ett sätt att ta upp ämnet på ett enkelt och bra sätt. Tanken är att barnet ska känna igen sig och sitt problem i sagan och få en bild av hur problemet med ångest kan hanteras.

Det här är en enkel och sympatisk bok som på ett tydligt och lättläst sätt tar upp det mesta man behöver veta i ämnet som introduktion. Jag tänker mig att den passar målgruppen vuxna som möter barn med ångest väldigt bra. Det är inte någon heltäckande eller tillräckligt uttömmande bok för psykologer/terapeuter men en utmärkt introduktion och lättförståelig presentation av ämnet. Efterordet i boken summerar på ett kärnfullt sätt avsikten med den, och jag tycker att författaren har gjort ett bra jobb i den riktningen:

”Med ökad kunskap blir det också lättare att uppmärksamma de barn som mår dåligt och att se till att de får hjälp. För som sagt, det finns hjälp som är både snabb och effektiv och som har gott stöd i forskningen. Barn ska inte behöva begränsas av ångest!”

Johan Westöö



Samtal som fungerar

av Johan Holmberg och Magnus Stalby

Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 978-91-27-11939-0
Utgivningsår: 2012
Omfattning: 168 sidor

Den grönskande KBT-floran av litteratur fortsätter att blomma och öka i omfång. Senaste tillskottet i bokrabatten som kan intressera många med KBT-förankring är ”Samtal som fungerar” - om tillämpad beteendeanalys, motivation och förändring. Författare till boken är Johan Holmberg och Magnus Stalby.

I dag finns det ett relativt generöst utbud av KBT-litteratur på svenska och för samma problematik finns ofta flera olika verk och författare att tillgå. Detta medför möjligheter att finna ett verk som passar just de egna smaklöken, men också en viss mättnad vid läsning av nyutkommen litteratur då den ofta liknar tidigare publicerade verk. ”Samtal som fungerar” är dock ett undantag från detta och har inga snarlika syskon före sig. Hela boken handlar om samtal, vilket i sig inte är ett nytt ämne, men det unika är att samtalet beskrivs ur ett inlärningspsykologiskt perspektiv. Det handlar om att ge läsaren en förståelse för vad som händer i ett samtal och varför.

Boken består av inledning och fyra kapitel. Inledningen hjälper läsaren förstå bokens upplägg och struktur. Första kapitlet heter Samtalets filosofi och berör grunderna i funktionell contextualism. Det handlar om att beteenden sker i ett sammanhang och inte som enskilda företeelser. I ett samtal är klienten och samtalsledaren varandras kontext och de beteenden båda uppvisar ger effekter åt båda håll. Att lära sig vilket sammanhang som är gynnsamt samt hur detta skapas är viktigt för att en samtalsledare ska uppnå önskat syfte med samtalet.

Andra kapitlet heter Samtalets inlärningspsykologi och berör centrala begrepp som överskott/underskott, positiv/negativ förstärkning, stimuluskontroll m fl. De teoretiska grunderna i Relational Frame Theory går inte igenom men hur relationsinramning fungerar beskrivs kortfattat. För att möjliggöra en analys av samtal mellan flera parter beskrivs en strukturerad beteendeanalytisk modell, av författarna kallad funktionell interaktionsanalys. Modellen beskrivs med konkreta exempel för ökad tydlighet.

Tredje kapitlet, Samtalets beteenden, berör vilka beteenden en samtalsledare bör ha för att få ett samtal att fungera. Författarna lyfter fram beteenden som att lyssna, att uppmuntra till förändring och att vara närvarande i samtalet. I kapitlet beskrivs beteendena ingående och konkreta exempel och förslag ges på hur läsaren själv kan testa beteendena i de egna samtalen. Tillämpningar heter passande nog sista kapitlet och i detta kapitel återges delar av samtal där ovanstående principer används. Samtalen utspelar sig vid olika verksamheter, på vårdcentralen, verkstadsföretaget, grundskolan samt försäkringskassan och har olika syften.

Genomgående har boken en pedagogisk ton som gör den lättläst och förståelig. Läsaren inbjuds återkommande till egen reflektion kring aktuella begrepp vilket gör begreppen levande och konkretiserade. För alla som arbetar med samtal torde denna bok vara en guldgruva att hämta kunskap och inspiration ifrån!

Liv Larsson



Det unika är att samtalet beskrivs ur ett inlärningspsykologiskt perspektiv.

Allians. Den terapeutiska relationen i KBT

av Anna Kåver

Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 978-91-27-13148-4
Utgivningsår: 2011
Omfattning: 212 sidor

Böcker som förenar temat terapeutisk relation med KBT växer inte direkt på träd. Anna Kåvers ”Allians”, som utkom förra året, välkomnades därför av många. Kåver skriver att hennes avsikt varit att göra en bok som kan fungera praktiskt vägledande. Att den terapeutiska relationen är ett tema som ligger henne varmt om hjärtat går inte att ta miste på.

Ett citat från inledningen: ”Det huvudsakliga budskapet i min bok är att en god allians och en tillitsfull terapirelation är nödvändiga förutsättningar för att kunna stödja klienter som genom KBT söker hjälp för sitt lidande. Ett annat budskap är att det är fullt möjligt att träna och utveckla sin förmåga att skapa dessa förutsättningar.”

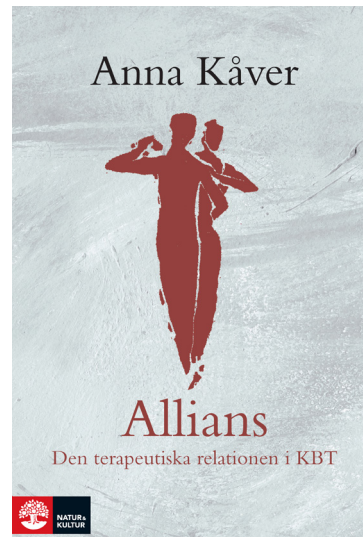
Bokens första kapitel ger en teoretisk grund. Kåver slår fast att KBT vilar på en vetenskaplig och humanistisk grund. Hon går igenom de viktigaste markörerna i KBT, varpå metodens värdegrunder blir tydliga: respekt, solidaritet, god relation och gott samarbete samt en förankring i vetenskap och evidens. Allians i psykoterapi kan enligt

beskrivningen i nästa kapitel sägas vara ett paraplybegrepp som innefattar en känslomässig bindning, en trygghet och tillit hos klienten samt en samsyn mellan klient och terapeut om mål och metoder. Alliansen är en levande kommunikationsprocess i vilken terapeutens förmåga att påverka klienten är central. Faktorer hos såväl terapeut som klient påverkar alliansen, och den är inte statisk över tid. Vad säger forskningen om alliansens betydelse? Det har visat sig svårt att tolka och dra entydiga slutsatser av forskningsresultaten, men många studier har i alla fall visat att alliansens kvalitet är positivt förknippad med behandling utfallet. Wampolds påstå-

ende att det är de gemensamma faktorerna som ger behandlingseffekt har motbevisats av många forskare. Idag lägger man forskningsfokus på mer komplexa fenomen, exempelvis vad som medierar och modererar behandlingseffekt.

Ett centralt kapitel är ”Den terapeutiska relationen”. Här lyfts kommunikationsprocessen i psykoterapi fram, och dess starka koppling till allians. Kåver tar bland annat upp vikten av att skapa en varm och bekräftande terapeutisk miljö, för att skapa trygghet och motivation till förändring hos klienten. Förhållningssätt som banar väg för en god terapirelation och allians beskrivs - acceptans, empati, sokratiskt förhållningssätt, validering och inte minst mindfulness, som får stort utrymme i detta kapitel och beskrivs ur såväl terapeutens som klientens perspektiv. Konkreta råd och övningar ingår. Även några reflektioner om relationen i nätbehandling avhandlas.

I kapitlet ”Flexibilitet och balans” reflekterar Kåver kring samspelet mellan relation och teknik. Måste det råda ett motsatsförhållande? Nej, snarare handlar det om att båda är nödvändiga för att föra klienten framåt, och den flexibla terapeuten skapar en balans mellan dem. Ibland är tillit svår och fokus för nästa kapitel är allians i skarpa lägen. Vanliga sådana beskrivs, samt några förslag på hur man som terapeut kan tänka och agera. Skarpa lägen behöver inte bara vara av ondo utan kan bli en källa till värdefulla insikter för både terapeut och klient – om de hanteras bra. Här har man ofta stor nytta av mindfulness och validering som första steg, innan man dyker på mer teknikerorienterade färdigheter.



Att utvecklas som terapeut handlar om reflektion och självreflektion. I boken ges praktiska råd för reflektion under eller efter en session, samt generella råd för utveckla sin reflektiva förmåga. Kåver anser att detta område behöver lyftas fram på ett annat sätt än tidigare i handledning och utbildning på olika nivåer. Bokens avslutande två kapitel innehåller reflektioner om den terapeutiska relationen från klienter, studenter och handledare, utifrån en enkät som Kåver konstruerade under sitt arbete med boken. Läsaren får ta del av åsikter om vilka egenskaper hos terapeuten som är viktiga, vilka beteenden hos terapeuten som har betydelse för att skapa/öka/minska förtroende och motivation, samt vilka faktorer som försvårar respektive underlättar en god allians.

Kåver skriver att hennes förhoppning är att boken ska kunna användas som kursbok i utbildningar på olika nivåer och för olika grundkompetenser inom hela vårdsektorn, och även i andra slags verksamheter där man vill utveckla medarbetarnas färdighet i ett allmänt respektfullt bemötande. Man kan bara instämma i detta. ”Allians” är välskriven, informativ och precis som Kåver framhåller i inledningen går bokens tonart i dur. Det går att utveckla sin förmåga att skapa en god terapeutisk allians, och det lönar sig!

Anna Eriksson

Gratis:

Sophie Karlsson, Aina Lindgren och Alejandro Muñoz Retamal!

Ni har alla bidragit med material i nr 3 och belönas därför med varsin KBT-bok. Ta kontakt med BTF:s kanslist Justina Gudelyte, btf.kansli@gmail.com, för att få en lista över de böcker som ingår i utlottningssortimentet.

För Dig som vill få en bättre relation till din mamma

NY bok av psykologen och författaren Liria Ortiz

För info och köpställen, besök www.liriaortiz.com

Psykologpartners utbildningar hösten 2012

Workshop med Robyn Walser:
Mindfulness and values in the treatment of PTSD and trauma related problems
Malmö den 17-18 september

Vuxna relationer: Föreläsningsserie om relationer, parterapi & KBT
Stockholm den 5-7 december & 23-25 januari

KBT för ST-läkare & specialister i allmänmedicin
Stockholm med start den 27 september, utbildningen innehåller åtta föreläsningdagar och fem handledningsträffar

Acceptance and Commitment Therapy: En utbildning i tre delar
Del 1: Inlärningsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT
Stockholm den 11, 12, 17 & 26 september
Malmö den 27, 28 september, 9 & 25 oktober

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning
Göteborg den 20-21 september
Stockholm den 18-19 oktober
Malmö den 8-9 november

Del 3: Avancerad färdighetsträning i ACT
Malmö den 26-27 november
Stockholm den 12-13 december

Specialistutbildning för psykologer: WASHIV och andra neuropsykologiska test
Stockholm med start den 19 november. Hålls av ITB, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Specialistutbildning för psykologer: Motiverande samtal, MI
Stockholm med start den 27 september

Grundutbildningar i Motiverande samtal, MI
Linköping den 22-23 oktober & 3 december
Göteborg den 15-16 november & 14 januari

Fortsättningsutbildningar i Motiverande samtal, MI
Malmö den 15-16 oktober & 10 december
Linköping den 22-23 november & 29 januari

Orienteringsutbildning i Kognitiv beteendeterapi, KBT
Malmö den 1, 8, 15, 22 & 29 november

Bli en vassare föreläsare: Kombinera psykologisk forskning med effektiv presentationsteknik
Linköping den 30 november



psykologpartners



BanyanCenter

Beteendestöd i vardagen: Praktisk utbildning i Tillämpad beteendeanalys & Positivt beteendestöd
Stockholm den 13/9, 14/9, 12/10, 9/11 & 14/12 (föreläsningdagar), datum för handledning tillkommer

Utbildningsseminarier i Tillämpad beteendeanalys & Positivt beteendestöd
Stockholm den 18/9, 2/10, 16/10, 7/11, 20/11 & 4/12, seminarierna hålls kl 13.00-16.30

Fungerande familjeliv - en utbildning som riktar sig till dig som förälder
Stockholm den 26/9, 3/10, 10/10, 17/10, 24/10 & 7/11, träffarna hålls kl 16.00-19.00

Lära för livet - en heldag om att öka livskvaliteten hos personer med funktionshinder
Malmö den 12 oktober

Mer information om samtliga utbildningar hittas på www.psykologpartners.se/utbildningar.

Gå gärna med i vår Facebook grupp *Psykologpartners utbildning*. Du kan också få information om våra utbildningar genom att anmäla dig till vårt nyhetsbrev på www.psykologpartners.se/utbildningar.