

Beteende terapeuter

Det behövs fler
beteendeterapeuter inom
barnhabiliteringen

Humor som hjälp vid
depressionsbehandling

Brjánn Ljótsson om KBT vid
irritable bowel syndrome

Beteende terapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare
Johan Westöö
Michaela Johansson

Styrelsen

Björn Paxling, ordförande
bjorn.paxling@gmail.com
Maria Gustavsson, medlemssekreterare
btf.medlemssekreterare@gmail.com
Olof Johansson, kassör
johanssonolof@gmail.com
Övriga ledamöter
Gösta Liljeholm
gosta.liljeholm@gmail.com
Torun Kallings
torunkallings@gmail.com
Andreas Karlsson
andreas.karlsson@miun.se
Alexandra Arnberg
alexandra.arnberg@momentpsykologi.se
Maria Lagerlöf
maria.lagerlof.ki@gmail.com
Li Wolf
li.wolf@neurokbtbg.se
Margareta Bylund-Andersson
margareta.bylund-andersson@sll.se
Diana Fabian
diana.fabian@kbtvast.se
Ljúfur Dagsson
ljufurdagsson@botmail.com
Matilda Larsson
matilda.b.larsson@gmail.com
Graciela Rovner, adjungerad
graciela.rovner@neuro.gu.se

Redaktionellt

Snart är det dags för årets BTF-händelse, årskongressen som i år äger rum i Göteborg. Om du har hängt på KBT-listan de senaste månaderna har du säkert inte missat att kongressgruppen satt ihop ett riktigt spännande program. Kongressens teman, "Svåra tillstånd (svåra för vem?)" och "Bemötandet - vi som terapeutiska agenter" låter högtintressanta åtminstone i mina öron. Beteendeterapeutens redaktion kommer att rapportera från Göteborg så missa inte nästa nummer av din medlemstidning!

Men OK, jag kanske inte ska gå händelserna i förväg alltför mycket – nr 1 kommer före nr 2. Årets första BT innehåller en intressant artikel om EIBI och behovet av beteendeterapeuter inom barnhabiliteringen, skriven av Albin Josefsson. I Min syn på berättar Brjánn Ljótsson om sin forskning och sitt kliniska arbete med IBS – en besvärlig sjukdom där KBT kan vara till stor hjälp. Dessutom presenterar styrgruppen för EABCT 2016 i Stockholm anläggningen där konferensen ska äga rum – nedräkningen har börjat!

Anna Eriksson
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

Beteendeterapeuterna behövs inom habiliteringen.....	4
Min syn på – Brjánn Ljótsson om KBT vid irritable bowel syndrome.....	8
Att använda humor vid depressionsbehandling.....	14
EABCT 2016: En spännande vandring på Waterfront.....	16
Boktips: KBT inom psykiatri.....	17
Krönika – På västfronten en massa nytt.....	18
Anteckning nr 10 – Den psykoteraeutiska relationen.....	20
Styrelsesidor.....	22

Manusstopp för nästa nummer: 10 april 2014
Bidrag skickas till: marvellette@hotmail.com
Textformat: Word/RTF
Omslag: Foto: hvaldez1 (sxc.hu)
Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB
Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare: Var djärv i det du försöker, men försiktig med vad du påstår!

Den amerikanska psykologen Neal E. Miller citeras ofta i KBT-sammanhang då hans uttryck "Be bold in what you try, cautious in what you claim" stämmer så väl in på hur många av oss KBT:are ser på sin roll som forskare och/eller kliniker. För mig som väl fortfarande kan sägas vara relativt ny som yrkesverksam så kan det vara svårt att förstå att beteendeterapeutiska förklaringsmodeller setts som väldigt underliga (eller reducerande, eller farliga, beroende på perspektiv), men det finns gott om medlemmar i föreningen som vittnar om att så varit fallet. Framgångsreceptet för KBT-rörelsen har som bekant varit att systematiskt testa nya förklarings- och behandlingsmodeller i väl designade prövningar för att skaffa större empiriskt underlag att uttrycka sig försiktigt utifrån. I förra numret av Beteendeterapeuten beskrevs hur styrelsen bland annat arbetat med att ge feedback på en remissversion av Akademikerförbundets etiska kod för psykoterapeuter. I slutet på 2013 dök en omarbetad remissversion upp, och även om det finns flera aspekter kvar att arbeta med utifrån vårt perspektiv, så kunde vi glädja oss åt nya och mer förpliktigande formuleringar avseende hur psykoterapeuter bör förhålla sig till forskning och vetenskap – mycket roligt!

Något annat som varit roligt på senaste tiden, fast på ett helt annat vis, är boken "Mannen som slutade ljuga" av Dan Josefsson. I boken beskrivs hur Sture Bergwall blev Thomas Quick, en påhittad seriemördare, genom övermedicinering och undermålig psykoterapi i ett träsck av destruktiva gruppprocesser och distanslöshet. Behandlare och handledare kring Quick var definitivt djärva i vad de prövade, men allt annat än försiktiga i sina anspråk. Josefsson fick nyligen, och

välfortjänt, priset för årets folkbildare av föreningen Vetenskap och Folkbildning, och i slutet av januari i år hölls ett symposium med föreläsningar om bieffekter vid terapi, om falska minnen samt fallet Quick, troligtvis finns det hela att beskåda på youtube också, tack för det Stockholm Psychiatry Lectures! I bokens kölvatten fördes också en fantastisk spännande diskussion på KBT-listan där erfarenheter av och tankar kring det klimat som rådde i psykoterautdebatten när det begav sig – lika läsvärt som boken i sig!

Som företrädare för en behandlingsmodell som ger snabba och goda effekter vid ett stort antal olika diagnoser, så hajar jag ibland till när det jag gör beskrivs i nedlåtande tonfall som "quick fixes". Min första tanke brukar oftast vara att det är något positivt att behandlingarna är förhållandevis korta och att de "fixar" de problem våra klienter söker hjälp för, men jag vet förstås att kritiken ligger i att vi KBT:are skulle "skrapa på ytan" och behandla symtom istället för att gå på djupet. Efter att ha läst Josefssons bok så har dock begreppet "Quick fix" fått ytterligare en innebörd, närmare bestämt vad som kan hända när en behandlare rotar så mycket på djupet att själva rotandet blivit ett självändamål. Jag kan stundtals tänka att vi

Visst är det ett härligt och försiktigt fält vi tillhör?

KBT:are borde försöka återerövra uttrycket quick fix och definiera något som vi kan stå för, kanske som "CBT – quick fixes that last" vilket ju flertalet långtidsuppföljningar på KBT-behandlingar tyder på. Men, med sedvanlig KBT-Millersk försiktighet så skulle vi nog ändå gå ifrån detta kärnfulla uttryck ganska snabbt och snarare säga "CBT – high probabilities of relatively quick fixes for a vast range of problems, fixes that generally last at least a couple of years". Visst är det ett härligt och försiktigt fält vi tillhör?

Med dessa ord tackar jag för mig, det har varit en stor ära och glädje att få vara ordförande i BTF!



Björn Paxling
Ordförande
Beteendeterapeutiska föreningen

Beteendeterapeuterna behövs inom habiliteringen

EIBI - tidig intensiv träning vid autismspektrumstörning

EIBI är en lovande träningsmetod för barn med autism, men för att förbättra såväl resultaten av träningen som det praktikbaserade evidensläget behövs mer beteendeterapeutisk expertis på habiliteringscentren.

Text: Albin Josefsson

Foto: Privat, cienpies.net, Krishnan Gopakumar, Martin Boose (sxc.hu)

Tidig intensiv träning eller *Early Intensive Behavioral Intervention, EIBI*, för barn med autism är en träningsmetod med ursprung i Lovaas (1987) studie, vilken visade att en intensiv form av tillämpad beteendeanalys, TBA, kunde ha effekter på såväl intellektuellt/kognitivt och adaptivt fungerande som på autismspecifika nedsättningar bland barn med autismspektrumstörning. Tanken med EIBI är att under en relativt kort och intensiv period, cirka 30 timmar i veckan under 1-3 års tid, etablera förutsättningar för att individen ska bli mottaglig för mer traditionell utbildning och i förlängningen i behov av mindre hälso- och sjukvård i ungdom och vuxenåren.

Studier har hitintills inte kunnat peka på vad det är som gör att metoden tycks ge bättre resultat för vissa barn än andra, men visst bevisvärde har knutits till bland annat åldern hos barnet vid uppstart och barnets funktionsnivå vid den samma: yngre barn och de med högre funktion tycks ha större framgång av behandlingen, även vid uppföljning efter två år. Forskningen på området har först nyligen börjat skifta fokus från om EIBI har effekt, till att söka svaret på frågan för vem och under vilka omständigheter EIBI fungerar och varför. Det man hitintills sett är att framförallt faktorer hos barnet, såsom

ålder vid behandling, symtomens allvarsgrad, IK-poäng innan behandling, språk och adaptiv förmåga, samt karaktären hos själva behandlingen, så som intensiteten, durationen och träningen hos de som utför den, påverkar utfallet.

EIBI bedrivs i vårt land på flertalet barnhabiliteringscenter. Arbetet utgår från någon form av arbetsträff på habiliteringen, där nätverket kring varje barn träffas. Dessa nätverk består av personal från habiliteringen, föräldrar och andra viktiga personer för barnet såsom mor-/far-föräldrar eller korttidspersonal samt personal från barnets förskola. Här visar man hur det fungerat att träna på de övningar man fick förra veckan, samt diskuterar arbetet och introducerar nya övningar. Träningen sker sedan hemma och på förskolan under så många timmar man kommit överens om. Behandlingen pågår ofta i omkring två år, med arbetsträffar på habiliteringen som med tiden sker allt mindre ofta, från ungefär varannan vecka till någon gång i månaden. De barn som blir antagna till träningen är förhållandevis små och övningarna som tränas är manualbaserade. Manualen är uppdelad i olika områden, så som språkträning, mentalisering, träning i social förmåga, lek och imitation, där olika övningar finns föreslagna under varje område. Ett viktigt steg i arbetet



Albin Josefsson läser termin 10 på psykologprogrammet i Linköping och har under höstterminen gjort en 12 veckor lång praktiktjänstgöring inom barnhabiliteringen.

är att individanpassa övningarna samt att se till att en förmåga generaliserats till andra miljöer innan man bedömer den som inlärd och färdigtränad.

I en metaanalys av Strauss et al. (2013) fann man att också handledarens träning och föräldrautbildningen har betydelse för EIBI-effektiviteten, vilket innebär att en mängd forskningsfrågor fortfarande behöver besvaras. Exempelvis borde man titta närmare på hur föräldrafaktorer, så som motivation, följsamhet till behandlingen, engagemang och ekonomiska faktorer kan tänkas påverka effektiviteten och även hur dessa faktorer samverkar med terapeutfaktorer och barnfaktorer. Kovshoff et al. (2011) menar bland annat att en högre IK-poäng hos barnet vid baslinjemätningen säkerligen kan vara en faktor som påverkar huruvida man som förälder väljer att investera i utbildningen eller inte.

Love et al. (2013) menar att den tillgängliga forskningen om EIBI inte



Den tidiga intensiva träningen som bedrivs på dagens barn- och ungdomshabiliteringar utförs i hög grad av specialpedagoger tränade i inlärningsteoretiska principer utifrån färdiga manualpaket. Dock finns det stora forskningsmässiga brister i den evidens man hitintills lyckats arbeta fram på området och fortfarande finns en mängd forskningsfrågor som måste besvaras angående terapeut- och föräldrafaktorer inverkan på behandlingsformen. För att förbättra resultatet av träningen och det praktikbaserade evidensläget* behövs därför mer beteendeterapeutisk expertis i arbetet med barnens familjer och förskolor, vilket innebär ett behov av fler beteendeterapeuter på våra habiliteringscenter.

motsvarar den spridning tekniken har fått, just eftersom så många forskningsfrågor fortfarande är obesvarade. Familjer, förskolor och de som håller i träningen saknar ibland både tid och utbildning i så kallad single-case-design-forskning*, som författarna menar behövs för att kunna bedriva träningen på ett adekvat sätt. Love et al. (2013) konstaterar också i sin studie att färdighetsträningssystem inriktade på hur man använder sådana forskningsprotokoll, förutom att påverka resultatet av den enskilda träningen, också skulle kunna förbättra forskningsläget för EIBI.

Således finns det en stor osäkerhetsfaktor i hur denna träning bör bedrivas för att den ska bli så effektiv som möjligt. Personal jag varit i kontakt med vittnar om ett problem som ibland inträffar: föräldrar och förskolepersonal går hem med träningsprogrammet efter en arbetsträff

med missuppfattningar om syftet med den övning man fått, och börjar ibland träna något plikttroget och statiskt i tron att det är detta de blivit ombudda att göra, trots att det i själva verket går stick i stäv med den naturliga, lekfulla och generaliseringsbara effekt man eftersträvar med träningen. Ett annat missförstånd syns i rapporter av åsikter om att träningen handlar om dres-

De barn som blir antagna till träningen är förhållandevis små och övningarna som tränas är manualbaserade.

sy av barnen och att föräldrar och förskolor av denna anledning tackar nej, vilket också kan tänkas ge träningen dåligt rykte. Även personal berättar att de haft denna bild innan de själva börjat med utbildningen, men att åsikten sedan svängt till att träningen är bland det viktigaste arbete man kan utföra med dessa barn.

Ett annat problem som kan uppstå är att så få familjer kan erbjudas hjälpen samtidigt på habiliteringscentren.

Uppstarten av ett nytt nätverk sker ofta i samband med att utslussning sker från ett annat som närmar sig slutet. Således hindras man att sätta igång flera grupper samtidigt, och istället måste den inledande workshopen, som genomförs med varje nytt nätverk, göras enskilt var och en för sig, eller så bildas en kö som en förberedelse för att ta emot flera nya nätverk samtidigt. Dessutom har man ibland satt en gräns för barn vid en viss bestämd ålder, utan vidare empiriska belägg, vilket gör att de som får diagnosen autism senare aldrig får chansen att genomföra träningen.

Dessa brister, i såväl forskningen som i kommunicerandet av metoden till dem som utför den, ser jag som problem som på det praktiska planet bör lösas genom att öka den beteendeterapeutiska kompetensen i nätverken där träningen bedrivs. För att kunna svara på forskningsfrågor om i vilken mängd och med vilken intensitet EIBI bör ges till olika barn för att kunna göra denna intensiva behandlingsform ännu mer effektiv - och därmed också tillgänglig för fler barn - anser jag också att det finns ett stort behov av att öka



mängden så kallade naturalistiska studier* på området. Kanske är träning i single-case-design-forskning för de som utför träningen, i linje med det som föreslås av Love et al. (2013), ett steg i detta arbete genom att det ger möjlighet till mer noggrant insamlade data för sådan forskning? Love et al. (2013) tror att den färdighetsträning som ett sådant forsknings-träningsprogram för med sig även kan bidra till att dessa personer blir skickligare på att utöva den tidiga intensiva träningen, och därmed också skickligare på TBA.

Avslutningsvis är autism bara ett exempel på områden där beteendeterapi

visat sig ha god effekt inom barnhabiliteringsarbete. Toaträning, förebyggande arbete mot kroppssjukdomar, depression samt ångest och nedstämdhet är exempel på andra områden där barn med intellektuella funktionsnedsättningar och rörelsehinder visat sig gynnas av sådana insatser. Arbetet med barnen på habiliteringen sker ofta indirekt via föräldrar och andra viktiga personer i barnets närhet och av denna anledning ser jag ett växande behov av mer beteendeterapeutisk expertis, i rollen som handledare och undervisare för nätverken runt barnen. Detta gäller specifikt inom den tidiga intensiva träningen, men också generellt i

det övriga habiliteringsarbetet. Enligt Föreningen för Sveriges Habiliteringschefer finns det idag inga uppgifter om hur stor andel av personalen på våra habiliteringscenter som har någon typ av beteendeterapeutisk utbildning, men flera anställda inom olika yrkesgrupper på flera olika habiliteringscenter vittnar om att behovet är stort. Runt om i landet görs redan insatser för att öka kunskapen i tillämpad beteendeanalys genom fortbildningskurser, men jag ser det också som viktigt att personal som redan har denna expertis söker sig till habiliteringen och sprider sin kunskap.

Avslutningsvis är autism bara ett exempel på områden där beteendeterapi visat sig ha god effekt inom barnhabiliteringsarbete.

praktikbaserad evidens*

Motsatsen till att utveckla behandlingar genom att först testa dem i randomiserade kontrollerade miljöer ("lab") och sedan sprida dem till kliniker. Det vill säga att man studerar resultatet av psykologiska behandlingar så som de utförs ute på klinikerna. I sådana studier ges variationer hos patientgruppen i allvarsgrad hos symtom, komorbiditet, terapeutisk kompetens och behandlingskontext utrymme att utforskas, varefter intressanta kombinationer av modererande faktorer hos behandling och patient kan studeras närmare i systematiska behandlingsförsök (Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010).

single-case-design-forskning*

Studier som bara tittar på en individ/ett "case", vilka ofta används då ett forskningsområde befinner sig tidigt i utvecklingen. Genom denna typ av design ges möjlighet att se till specifika komponenter och dess effekt, genom möjlighet till god kontroll över den experimentella situationen (McConnell, S, 2002).

naturalistiska studier*

Innebär att man studerar ett mänskligt beteende så som det sker i sin naturliga miljö, snarare än i en experimentell miljö. Naturalistiska studier är viktiga inom psykologin, då de kan ge en fingervisning om hur generaliserbara och valida tidigare forskningsfynd är i verkligheten (Carter & Seifert, 2013).



Referenser

Barkham, M., Hardy, G. E., & Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. Wiley-Blackwell.

Carter, K., & Seifert, C. (2013). *Learning Psychology*. Burlington, MA: Jones & Barlett Learning.

Kovshoff, H., Hastings, R. P., & Remington, B. (2011). Two-year outcomes for children with autism after the cessation of early intensive behavioral intervention. *Behaviour Modification*, 33(5), 427-450.

Lovaas, I. O. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.

Love, J. R., Carr, J. E., LeBlanc, L. A., & Kisamore, A. N. (2013). Training behavioral research methods to staff in an early and intensive behavioral intervention setting: A program description and preliminary evaluation. *Education and Treatment of Children*, 36(1), 139-160.

McConnell, S. (2002). Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: Review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 198-207.

Strauss, K., Macini, F., the SPC Group, & Fava, L. (2013). Parent inclusion in early intensive behavior interventions for young children with ASD: A synthesis of meta-analyses from 2009 to 2011. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2967-2985.

Liria Ortiz

Motiverande samtal i arbete med våld i nära relationer

NYHET!
Handfast MI-bok

Motiverande samtal i arbete med våld i nära relationer och två dagarskurs med boken som kurslitteratur!

Kursledare Liria Ortiz
Info: Liria.Ortiz@gmail.com

GOTHIA

Brjánn Ljótsson om KBT vid irritable bowel syndrome

Har du någonsin undrat hur KBT för IBS går till eller hur väl det fungerar? Beteendeterapeuten har svar på dina frågor och mer därtill – i detta nummer ger IBS-experten Brjánn Ljótsson oss sin syn på området.

Text: Anna Eriksson

Foto: Martin Hammar

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

Jag är 35 år gammal och bor i Midsommarkransen, Stockholm. Jag gick ut psykologprogrammet i Uppsala 2005 och var med och startade Internetpsykiatrienheten på Huddinge sjukhus (Psykiatri Sydväst) 2007. Arbetade som psykolog på magtarmmottagningen, Sabbatsbergs sjukhus 2008-2012. Jag disputerade 2011 på KBT för irritable bowel syndrome (IBS) vid Karolinska Institutet (KI). Jag hade Gerhard Andersson, Nils Lindefors och Christian Rück som handledare.

Var, och med vad arbetar du just nu?

Idag arbetar jag på KI som forskare och lärare i KBT och beteendeanalys på psykologprogrammet. Jag är involverad i flera forskningsprojekt där vi undersöker effekten av KBT i olika sammanhang och för olika patientgrupper. Bland annat leder jag ett projekt där vi utvärderar effekten av internetbaserad exponeringsbehandling för barn och tonåringar med IBS och liknande besvär och jag sitter också i styrgruppen för en multicenterstudie där vi utvärderar KBT med inriktning på emotionsreglering för kvinnor som självskadar.

Kan du ge den oinsatte en kort beskrivning av vad IBS är?

IBS karaktäriseras av återkommande buksmärtor eller bukobehag i kombination med diarréer eller förstoppningar. IBS tillhör de funktionella organiska

sjukdomarna, vilket kort sagt innebär att man har fysiska symtom som saknar en känd patofysiologisk förklaring. Det vill säga man vet inte ”vad som är fel” och det finns inga markörer för IBS i termer av blodprov, skador, fysiologiska avvikelser, och så vidare. IBS är också väldigt heterogent, en person med IBS kan plågas av framförallt svåra smärtor, en annan av ständig rädsla att bajsa på sig och en tredje av uppblåsthet, förstoppningar och en ständig känsla av kroppsligt obehag. Gemensamt för många med IBS är dock att symtomen har kommit att styra deras liv. Genom undvikanden och kontrollbeteenden ägnar de tid och energi åt att slippa symtom vilket leder till begränsningar i flera av livets viktiga domäner, till exempel arbetsliv, fritid, familjeliv, fysisk aktivitet och sexuell funktion och uppemot hälften av dem brottas också med ångest och depression.

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

När jag läste på psykologprogrammet så var mitt klientarbete inriktat på acceptance and commitment therapy (ACT) och jag hade med mig principerna för ACT när jag började jobba med IBS år 2005. Jag inspirerades också av en exponeringsbaserad behandlingsmanual som en doktorand hos Michelle Craske vid UCLA hade skrivit och delade med sig av till oss som höll på med IBS vid KI. De som framförallt varit involverade i utvecklingen av behandlingen har förutom

jag varit psykologerna Erik Hedman, Lisa Falk och Sara Rydh. Behandlingen har utvecklats stegvis och förfinats allteftersom vi har fått erfarenhet av fler patienter.

Målet med behandlingen är öka patientens funktion och minska symtombördan. Det främsta medlet för att nå målet är framförallt exponering med inslag av mindfulness och acceptans. Vi arbetar mycket med att exponera för symtom i de situationer där symtomen upplevs som besvärliga. Att ha ont i magen en söndag när man ligger hemma i mysbyxor och ser på Netflix är inte lika aversivt som att ha ont i magen en stressig dag på jobbet eller på en fest. Och det är också inför dessa situationer som patienterna oroar sig för att de ska få symtom och ägnar sig åt mycket förberedelser som de hoppas ska minska risken för att de ska få symtom. Inför sådana situationer är det vanligt med många och långa toalettbesök, undvikande av mat, bruk av symtomreglerande mediciner och brygder (typ probiotika). Patienterna upphör med dessa beteenden, framkallar till och med medvetet symtomen, och ger sig in i situationerna och är beredda att betala det pris det innebär i termer av kortsiktigt ökade symtom och ökat obehag.

Som många som tillhör den svenska KBT-traditionen med inslag av tredje vågens beteendeterapier så har vi valt bort kognitiv omstrukturering. Vi betonar att när vi människor är oroad

Det är viktigt att betona att vi inte menar att IBS ”egentligen” är psykologiskt.

inför något eller befinner oss i en ångestframkallande situation så tenderar vårt tänkande att bli svartvitt och vi kan inte lita på att vår tankeapparat ger oss pålitlig och produktiv information om verkligheten. Det svartvita tänkandet ökar ångest och oro vilket i sin tur ökar symtomen och symtomupplevelsen och impulsen att på något sätt fly situationen (antingen genom att lämna den eller stanna kvar men göra något för att minska symtomen). Men istället för att patienten ska lära sig att disputera sannolikheten i dessa tankar i den akuta situationen så lär den sig istället att observera katastroftänkandet som en process som den inte behöver försöka kontrollera. Medveten närvaro blir ett ankare som patienten kan använda för att välja att engagera sig i den situation den befinner sig i eller står inför tillsammans med de tankar och emotioner som situationen väcker.

Hur ser din ”teori” kring behandlingens verk samma mekanismer ut? Fångar någon modell detta bättre än någon annan?

Vår teori baserar sig på den kunskap vi har om dels hur ångest och oro kan förstärka och skapa kroppsliga symtom såsom diarré och förstoppning och dels att stimuli som är aversivt laddade både drar uppmärksamheten till sig och dessutom upplevs starkare när vi är ångestfyllda och oroliga. När vi ständigt reagerar på våra symtom med beteendemässig (undvikanden och kontrollbeteenden) och kognitiv (t ex oro och planering) uppmärksamhet så



Brjánn Ljótsson

ger vi symtomen mer plats, de blir diskriminativa stimuli för fler beteenden, och det handikapp som våra beteenden medför gör symtomen ännu mer negativt laddade. Detta skapar en ond cirkel mellan symtom, oro/ångest, uppmärksamhet och beteenden. Att upphöra med beteendena som syftar till att kontrollera och minska symtomen är ett snabbt och effektivt sätt att stoppa den onda cirkeln.

Det är viktigt att betona att vi inte menar att IBS ”egentligen” är psykologiskt. Många av symtomen vid IBS är objektivt mätbara (även om inte alla är det) men denna mätbarhet utgör i sig ingen demarkationslinje mellan psykologiskt och fysiologiskt. En panikattack är ju ett tydligt fysiologiskt fenomen

men paniksyndrom förstås idag bäst utifrån ett psykologiskt synsätt. Vi betonar att det finns kända psykologiska processer som kan skapa och förstärka den typ av symtom som man har vid IBS och det är dessa processer som vi adresserar. Därmed behöver vi inte diskutera huruvida IBS ”i sig” skulle vara ett psykologiskt eller somatiskt fenomen. Det viktiga är vad patienten får ut av att exponera sig och upphöra med problematiska beteenden.

Den stora majoriteten av KBT-behandlingar för IBS fokuserar på att minska daglig stress, komorbid psykisk sjukdom och lära sig olika sätt att hantera symtomen. Detta trots att flera mediationsanalyser indikerar att förändring av dessa faktorer inte leder till minskade

Min bedömning är att exponeringsbaserad behandling är den intervention som har bäst empiriskt och teoretiskt stöd i dagsläget.

symtom. Vi har däremot nyligen publicerat en mediationsanalys som visade att förändring i symtomrelaterade beteenden och oro över symtom ledde till minskade symtom.

Hur ser du på kunskapsläget idag när det gäller IBS anseende forskning och behandling enligt KBT? Har du någon "favoritforskare" inom området?

Min bedömning är att exponeringsbaserad behandling är den intervention som har bäst empiriskt och teoretiskt stöd i dagsläget. Vi har publicerat 4 studier (en pilot av gruppbehandling och tre studier av internetbehandling; Ljótsson, Andersson, et al., 2011a; Ljótsson, Andréewitch, et al., 2010a; Ljótsson, Falk, et al., 2010b; Ljótsson, Hedman, et al., 2011b) och alla visar konsekvent goda effekter på symtom och en av studierna visade också att behandlingen var överlägsen en trovärdig kontrollbehandling. Det finns även två amerikanska studier av exponeringsbaserad behandling (varav en av Michelle Craske vid UCLA; Craske et al., 2011; Hunt, Moshier, & Milonova, 2009) som visar liknande resultat. Det finns också många studier av andra psykologiska behandlingar för IBS, t.ex. KBT utan exponering, psykodynamisk behandling, hypnoterapi och mindfulness (som egen intervention) och även om vissa av dessa studier visar goda resultat så har ingen av dessa behandlingar gett konsekvent goda resultat. Läser man bakgrunderna till dessa behandlingar så baserar de sig sällan på teoretiskt eller empiriskt belagda vidmakthållandemodeller för IBS utan snarare mer svepande resonemang om vikten av att minska stress och allmänt psykologiskt obehag för att minska symtom.

Var ligger de största utmaningarna/svårigheterna när det gäller att utreda och behandla det här tillståndet?

Utredning av IBS ska göras av läkare. När diagnosen väl är satt så är utmaningen att få med patienten på båten.

Många har kämpat för att få sina symtom erkända, undersökta och diagnostiserade. Att då hamna framför en psykolog upplevs av många som ett steg tillbaka. Här är det viktigt att vara ödmjuk och inte torgföra någon slags sanning om IBS utan som tidigare nämnt betona att vi arbetar med processer som vi vet kan skapa och förvärpa symtom som är vanliga vid IBS.

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

En intervention som är enkel men ruskigt effektiv är att arbeta med schemalagda toalettbesök. Principen är att patienten endast får (och måste) gå på toaletten specifika tider på dagen, jämnt utspridda, till en början 4-5 gånger per dag och sedan gradvis minskande till 1-2 besök. Eftersom många med IBS använder många och upprepade toalettbesök i symtom- och orosreglerande syfte så blir dessa starkt vidmakthållande för upptagenheten vid symtom. Det går inte att upphöra med toalettbesök så lösningen blir att göra toalettbesöken kontingenta på annat än symtom och oro. Många patienter är skeptiska mot interventionen eftersom de är rädda att den ska leda till förlängda perioder av förstoppning men erfarenheten är att den snabbt leder till betydligt mindre oro kring toalettbesök och större tillfredsställelse över avföringsfrekvensen. Denna intervention lämpar sig inte för patienter som drabbas av akuta diarréer, dessa övar sig istället på att gradvis öka tiden mellan första signal på nödighet och att besöka toaletten.

Vilka områden känns viktiga eller intressanta att forska mer kring när det gäller IBS?

Även om den exponeringsbaserade behandlingen fungerar bra för många med IBS så finns det också de som besväras av symtom utan att uppvisa mönstret av undvikanden och kontrollbeteenden. Det är möjligt att dessa personer skulle dra större nytta

av interventioner riktade mot stress, perfektionism och andra faktorer som i "mainstream-KBT" anses bidra till förvärrade symtom. Detta är en viktig fråga att forska på framöver för att bättre kunna matcha den psykologiska behandlingen mot patienten.

Någonting mer du vill tillägga?

Vår behandling har inslag av ACT, men jag tror att det finns vissa skillnader mellan hur vi arbetar och hur man arbetar inom ACT. Vår behandling lägger stor tonvikt vid exponering för exponeringens skull, det vill säga all exponering behöver inte i sig ske i värderad riktning. Däremot ställer patienten först upp mål för behandlingen och dessa mål utgår från värderingar. I vår senaste, ännu opublicerade, studie såg vi att mindfulness tillsammans med beteendeförändring i värderad riktning

gav sämre resultat än samma interventioner plus systematisk exponering. Vi ser dessutom att behandlingen leder till minskade IBS-symtom (inomgruppseffekter $d=0.8-1.3$) medan man inom ACT ofta poängterar att det är viktigare med ökad livskvalitet än minskade symtom (där har vi fått inomgruppseffekter $d=0.7-1.3$). För ett tag sedan gavs en ACT-baserad självhjälpsbok ("Better living with IBS") ut men ännu har inga data om behandlingseffekt publicerats i någon peer-reviewed tidskrift. Enligt en avhandling (Ferreira, 2011) gav ACT-behandlingen inomgruppseffekter på $d=0.4-0.6$ på mått av symtom och livskvalitet. Det imponerar inte. Empirin indikerar därmed att gammal god exponering med habitueringsrationäl bör vara förstahandsval vid psykologisk behandling för IBS.

Referenser

- Craske, M. G., Wolitzky-Taylor, K. B., Labus, J., Wu, S., Frese, M., Mayer, E. A., & Naliboff, B. D. (2011). A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 413–421. doi:10.1016/j.brat.2011.04.001
- Ferreira, N. B. (2011, November 25). *Investigating the role of psychological flexibility and the use of an acceptance and commitment therapy based intervention in irritable bowel syndrome*. The University of Edinburgh. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1842/6312>
- Hunt, M., Moshier, S., & Milonova, M. (2009). Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 797–802. doi:10.1016/j.brat.2009.05.002
- Ljótsson, B., Andersson, G., Andersson, E., Hedman, E., Lindfors, P., Andréewitch, S., et al. (2011a). Acceptability, effectiveness, and cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterology*, 11, 110. doi:10.1186/1471-230X-11-110
- Ljótsson, B., Andréewitch, S., Hedman, E., Rück, C., Andersson, G., & Lindfors, N. (2010a). Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome - an open pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 185–190. doi:10.1016/j.jbtep.2010.01.001
- Ljótsson, B., Falk, L., Vesterlund, A. W., Hedman, E., Lindfors, P., Rück, C., et al. (2010b). Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome--a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 531–539. doi:10.1016/j.brat.2010.03.003
- Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, E., Hesser, H., Lindfors, P., Hursti, T., et al. (2011b). Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106(8), 1481–1491. doi:10.1038/ajg.2011.139





Foto: Roger Nilsson Torslanda-
Logotype: Graciela Rovner och Philip Christiansson

BTF:s årskongress i Göteborg 21-22 mars 2014 (Pre-congress workshop 20/3)

"Svåra tillstånd (svåra för vem?)" och "Bemötandet - vi som terapeutiska agenter"

Wallenbergs Konferenscentrum, Medicinargatan 20A, Sahlgrenska Akademin, GU



Pre-Congress workshop - 20th March 2014- Functional Analytic Psychotherapy (FAP) - Mavis Tsai And Bob Kohlenberg Learn how to use functional analysis to create deep, meaningful and healing therapeutic relationships by focusing on the subtle ways clients' daily life problems occur in the therapy session.

Några av punkterna på kongressen:

- ▶ **KBT i nationella riktlinjer, SBU och SKL** Prof. Gerhard Andersson
- ▶ **FAP: Awareness, Courage and Love in therapy**
- ▶ Bob Kohlenberg & Mavis Tsai, USA
- ▶ **Uncertainty and reassurance: the impact on patients and on practitioners** Prof. T Pincus, UK
- ▶ **Fysisk aktivitet och mental hälsa** Professor Ingibjörg Jonsdottir GU
- ▶ **KBT i psykiatri, NU!** Fredrik Folke
- ▶ **Förändra världen med beteendeanalys**, Magnus Johansson
- ▶ **DSM-5** med Jörgen Herlofson
- ▶ **Socialstyrelsen** informerar om de nya riktlinjer ang levnadsvanor!!
- ▶ **Är Act effektiv?** Lars Göran Öst



Tamar Pincus

Anmälan och information på www.kbt.nu/arskongress/



Rehabilitation Medicine



WORKSHOPS, ett axplock:

Par i Beteendeterapi- Therese Anderbro och Liv Svirsky
Hjälp! Jag sitter fast! Patienten är "svår". Hur går jag vidare? Rikke Kjelgaard
ACT and Psychosis Dr. Ross White, UK
ACT – Att hantera stress och främja hälsa - Fredrik Livheim
Sexuality with ACT, RFT & FAP Aisling Curtin (Ireland)
Compassionfokuserad terapi Christina Andersson och Sofia Viotti – KI
 Beteendeaktivering, KBT för föräldrar till barn med cancer, TBA/KBT & Autism, ätstörningar, FACT och mycket mer!



Ross White



Aisling Curtin

Speaker's corner med våra kollegor och författare Anna Käver, Susanne Bjerot, Anna Grönberg, Gerhard Anderson, Fredrik Livheim, Liv Svirsky och Therese Anderbro, L-G Öst, Thomas Gustavsson, m. fl. Böcker lottas ut och säljes!

Information om årsmötet 2014, 21/3 kl 11.30-14.00

Årsmötet kommer att äga rum under lunchen på fredagen den 21/3. Lunch inkluderas denna dag enbart för medlemmar/stödmedlemmar som väljer att närvara vid årsmötet.

Styrelsen hälsar: Under pauser på fredagens förmiddag på årskongressen kan medlemmar hämta ut röstsedel till årsmötet vid ett bord i kongresscentret. Om du är osäker på om du är registrerad som medlem eller stödmedlem kan du komma och kontrollera och om möjligt uppdatera din medlemsstatus. Vänligen kom förbi om du behöver uppdatera dina adressuppgifter!

Kongressavgifter

Fredag eftermiddag: fri entré för alla! Bjud dina kollegor som är intresserade av beteendeterapier, beteendemedicin och beteendeförändring!! **OBS!** Om rubriken är på engelska, hålls punkten på engelska.

Kongressavgift (8.30-14 samt lördag 9-16, lunch ingår) Medlem 1400:- Studenter 800:-

Pre-kongress workshop: Medlem 1850:- Stud. 875:- icke medlem 2450:-
FEST!!: medlem 650:- Student 450:- Begränsade antal platser!

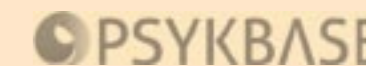
Anmälan och information på www.kbt.nu/arskongress/



Rehabilitation Medicine



psykologpartners



Att använda humor vid depressionsbehandling

Patienter som trots sin depression har lätt för att skratta kan bli hjälpta av desensibilisering, enligt Nils Norrsell. Med humorns hjälp kan negativt laddade ord göras neutrala igen, eller till och med väcka positiva känslor.

Text: Nils Norrsell
Foto: Adam Davis (sxc.hu)

Reflexer och beteenden kan vara inlärd eller medfödda. Medfödda reflexer kallade Pavlov för obetingade. De förvärvade reflexerna är inlärd genom klassisk betingning. Man kan se automatiska negativa tankar som inlärd reflexer som är kopplade till obehagskänsla. Om man vill ändra på dem kan man arbeta med desensibilisering. Det gäller då att först skapa en behaglig känsla och sedan desensibilisera för text ett ord i den negativa tanken. Det primära målet är att ordet inte ska väcka negativ känsla.

Ett utökat mål kan vara att ordet ska väcka en positiv känsla. Neuro Linguistic Programming, NLP, är en metod som utvecklats av Richard Bandler och som kan användas och förklaras i beteendeterapeutiska termer. En deprimerad persons negativa tankar kan kretsa kring att inte orka stiga upp, aldrig bli bra, vara maktlös eller att bli avvisad av andra.

Så här skulle en KBT-behandling kunna inledas: gör en lista, där allt från lätt negativa ord och tankar till de allra mest negativa har rangordnats i en hierarki. En negativ tanke och känsla följs ofta

av ett beteende som är en logisk följd av tanken och känslan. Beteendet är i längden skadligt om det är oflexibelt och opåverkat av yttre omständigheter. Lista även negativa beteenden. Se till att patienten slappnar av så djupt som möjligt och tala om glädje och humor i livet. När tecken finns på att en glad och positiv känsla har väckts, påminns patienten om att man ibland slår sig på knäna när man skrattar. "Du kan skratta" säger man, och ger patienten ett lätt slag över knäet. Detta upprepas tills skrattet har blivit en betingad reflex.

Allt i livet kan ses ur olika synvinklar. Ordet maktlös kan kopplas till olika skrattretande bilder. Exempel: Gösta Ekman i rollen som indisk vishetslärare som säger sig ha makt över materiella ting trasslar in sig mer och mer i sladdar när han föreläser. Om detta exempel framkallar minsta tecken på leende utlöser man den betingade reflexen att skratta med en klapp över

knäet. Man försöker sedan ombetinga ordet maktlös så att det förknippas med humor i stället för depression. När den känsla som automatiska negativa tankar utlöser har försvagats genom desensibilisering, dvs har förknippats med



Det är lämpligt att den inledande humorbaserade terapin följs av sedvanlig KBT.

en positiv känsla upprepade gånger, så får patienten lättare för att arbeta med sina automatiska tankar. De bör följas av, och så småningom ersättas med nya tankar och beteenden.

Ovanstående arbetssätt är bara lämpligt för patienter som trots sin depression har lätt för att skratta. Det är lämpligt att den inledande humorbaserade terapin följs av sedvanlig KBT. Huvudriktningen kan vara att tillsammans med beteendeaktivering skapa positiva känslor och ökad livsglädje.

23-24 JUNI 2014

FOKUS UNIFIED PROTOCOL

Forum Verksam Psykologi

Unified Protocol.
James Boswell
– PhD från David
Barlows team vid
CARD i Boston.

SPECIALISTUTBILDNINGAR

Unified Protocol
GÖTEBORG – START
6/3 | STOCKHOLM –
START 17/3

**Unified Protocol.
Fördjupning med
handledning**

Möjlighet till certifiering
VÅR 2014 FULL
NYA STARTER HT 2014
flexibelt upplägg över
internet under varen

**IPT – Nivå A
med klinisk
fördjupning**

START 10/4

**IPT – Nivå B
med teoretisk
fördjupning**

VÅR 2014 FULL
NYA STARTER HT 2014

**Mindfulness och
compassion i
psykologisk
behandling**

START 20/3

www.verksampsykologi.com

► **Verksam
Psykologi.
com**

EABCT 2016: En spännande guidning på Waterfront

2016 kan kännas långt borta men för oss i styrgruppen för EABCT 2016 i Stockholm har nedräkningen redan börjat. Som en del i vårt förberedelsearbete träffades Torun Kallings, Jens Devgun Högström och jag i början av december för att bekanta oss med kongressanläggningen Waterfront där EABCT kommer att äga rum. Vi fick förstärkning av Monica Gunnarson från MCI, vår professionell kongressorganisatör och Kenth Larsson, sälj- och marketingansvarig på Waterfront kongresscentrum. En försmak av hur vår kongress kommer att se ut fick vi genom att gå runt



Allt viktigt antecknas och fotograferas! Kenth Larsson, Jens Devgun Högström, Torun Kallings och Monica Gunnarson.

på Medicinska Riksstämman som just pågick. Det var imponerande att se hur flexibel byggnaden är med väggar som kan förflyttas och placeras på olika ställen och andra möjligheter att gestalta utifrån egna behov och önskemål, lite som på en stor teater. En intressant arkitektur och miljömedvetenhet tillkommer. Det var spännande att lyssna på Kenths berättelser om Bob Dylans konsert och om hur det var när Barack Obama var i Stockholm och SVT direktsände från Waterfront. Viktiga beslut som vi behöver fatta är bland annat hur många och hur stora rum vi behöver (inte lätt utan program och utan att veta exakt hur många deltagare som kommer) samt hur vi bäst kan utnyttja platsen för utställningar, bokförlag och postersessioner. En sak var vi överens om: baren på femte våningen med en fantastisk utsikt över stadshuset och slottet måste vi ha! Vi fortsätter att jobba med planeringen inför EABCT 2016 och gör vårt yttersta för att det ska bli den bästa EABCT-kongressen någonsin! Om du är nyfiken på kongressanläggningen, gå in på www.stockholmwaterfront.com.

Text och foto: Tadeusz Jarawka

Grattis:
Albin Josefsson!

Du har vunnit boken "Livet är nu" av Ludmilla Rosengren. Ta kontakt med BTF:s kanslist Justina Gudelyte som nås på btf.kansli@gmail.com för att få boken hemskickad till dig!

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av
Beteendeterapeuten är

10 april 2014

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

Boktips

KBT inom psykiatrin av Lars-Göran Öst (red.)

Förlag: Natur och kultur
Upplaga: 2
ISBN: 9789127135604
Utgivningsår: 2013
Omfattning: 424 sidor

Nu har en ny utgåva av denna handbok på svenska om KBT inom psykiatrin kommit. Den första utgåvan kom 2006 och det har blivit dags för en utökad version. I denna utgåva har fyra nya kapitel tillkommit, om fallformulering, spelberoende, internetbehandling och kombinationsbehandling (KBT och psykofarmaka). Man har även lagt till två nya kapitel om social ångest och bipolärt syndrom, tillstånd som i den tidigare utgåvan ingick i andra kapitel. Lars-Göran Öst är redaktör för boken och har även skrivit ett kapitel om specifik fobi och ett om det empiriska stödet för KBT.

Bokens kapitel är ordnade så att de tre inledande kapitlen handlar om teoretisk bakgrund och historik (av Lennart Melin), följt av beteendeanalys (av Håkan Wisung) och KBT-baserad fallformulering (av Bengt Westling). Dessa kapitel fungerar som introduktion till de följande 15 (!) kapitlen om olika tillstånd/diagnoser som kan behandlas med KBT.

De diagnoser som avhandlas är specifik fobi (av Lars-Göran Öst), social ångeststörning (av Ewa Mörtberg), paniksyndrom och agorafobi (av Bengt Westling), generaliserat ångestsyndrom (av Elisabeth Breitholtz), tvångssyndrom (av Sandra Bates), posttraumatiskt stressyndrom (av Nenad Paunović), depression (av Jonas Ramnerö), bipolärt syndrom (av Annika Sonnenstein), schizofreni (av Per Borell och Richard Stenmark), ätstörningar (av Ata Ghaderi), sömnstörningar (av Lars-Gunnar Lundh och Markus Jansson-Fröjmark), borderline personlighetsstörning (av Elisabeth Malmqvist), självskadande beteende (av Therese Sterner), alkohol- och drogberoende (av Lars Forsberg och Eva Magoulas) och spelberoende (av Per Carlbring och Jakob Jonsson).

Dessa kliniska avsnitt är upplagda på samma sätt med en kort beskrivning av de viktigaste kännetecknen för varje diagnos, KBT-modell över vidmakthållandefaktorer och exempel på beteendeanalys. Man tar också upp mätmetoder för varje diagnos följt av en genomgång av de mest centrala interventionerna i behandling och hur man arbetar med att vidmakthålla resultaten av behandlingen. En del kapitel innehåller också fallbeskrivningar och kortare utdrag av terapeut-patientdialoger.



Efter de diagnosspecifika följer ett kapitel om internetbehandling (av Gerhard Andersson och Erik Hedman) och ett om kombinationsbehandling KBT och psykofarmaka (av Bengt Westling). Det sista kapitlet handlar om det empiriska stödet för KBT vid olika tillstånd (av Lars-Göran Öst).

Det är en omfattande och gedigen genomgång av KBT för olika psykiatriska tillstånd. Kapitlet om evidensen för KBT-behandling för de olika tillstånden är en bra och överskådlig sammanfattning som är lätt att använda som referens när det

Det är en omfattande
och gedigen
genomgång av KBT
för olika psykiatriska
tillstånd.

behövs. Läsaren kan också finna en presentation av bokens författare längst bak. Det är en imponerande samling av våra mest framstående kliniker och forskare inom KBT-Sverige. Till varje presentation finns även kontaktuppgifter om man som läsare får frågor eller funderingar och vill höra av sig till någon av författarna.

Boken har en bra balans mellan rena fakta och kliniska beskrivningar med vinjetter och dialogutdrag. Man kan lätt söka sig fram till det man vill veta men även bitvis få en mer målade klinisk bild av hur det kan se ut vid olika tillstånd. KBT i psykiatrin är tänkt att användas på psykoteraeututbildningar och av yrkesverksamma terapeuter. Det är ingen komplett manual för att behandla varje tillstånd, men likväl en gedigen och grundlig genomgång av bred och djup "basic" kunskap som kan ge en god orientering och förhoppningsvis mersmak för den som vill specialisera sina KBT-färdigheter inom något nytt område. Jag tycker att det är en bra grundbok som fyller sin plats och funktion för de flesta som arbetar med KBT eller är under utbildning.

Johan Westöö

Krönika

På västfronten en massa nytt

I vanlig ordning efter att heta emotioner har fyllt luften och sedan sakta mattats av, kommer förståndet krypande tillbaka. När jag skrev min förra krönika var jag mer i känslan än i mitt wisemind, men jag tänker inte invalidera att jag kände mig så upprörd kring min arbetssituation. Min arbetsplats har fortfarande inte sitt helt på det torra när det gäller positiv förstärkning och klara rollbeskrivningar för sina anställda. Jag önskar att jag kunde jobba mer som jag gjorde inom psykiatri i Uppsala - i team med behandlingskonferenser och diskussioner kring insatserna för varje patient.

Tyvärr är IAPT mer eller mindre det enda stället inom The National Health Service där man kan arbeta med KBT-terapi för depression och ångest utan axel II-problematik (vi har dock gott om folk med axel II-problematik, men odiagnostiserad sådan och det finns ingen dialektisk beteendeterapi inom vårt geografiska område). IAPT får fler och fler remisser, eftersom inklusionskriterierna blir mer och mer vida i sin definition för IAPT och mer och mer snäva för vad som skulle motsvara Sveriges psykiatri. IAPT är primärvård och är för tillfället det enda som får fortsatt finansiering i vad som är ett oresonligt kallt ekonomiskt klimat. Storbritannien befinner sig inte längre i lågkonjunktur, men nu måste man sänka statskuldena och en av de stora nedskärningarna drabbar vård/omsorg och ekonomiska bidrag till psykiskt och fysiskt sjuka människor.

Det går inte att köra KBT på autopilot när man har ett krigande par framför sig.

Hett just nu:

- Att vara utbildad terapeut inom Behavioural Couples Therapy
- Handledning från Don Baucom via Skype varje månad i ett år
- Planering kring att bedriva gruppterapi för låg självkänsla à la Melanie Fennell

Kallt just nu:

- Väntan på om jag får det nya jobbet, och tvivlet på om jag ens vill ha det
- Att inte kunna åka på BTF-kongressen för att jag inte vet när vi får tillträde till vår lägenhet
- Att inte kunna bestämma mig om jag ska starta privat verksamhet eller inte

Text:
Michaela Johansson



Långtidssjukskrivna personer får sina bidrag indragna utan att vara ett uns mer arbetsföra än de var med sina bidrag.

Men det var ett sidospår. Under den senaste veckan (början av januari) har jag gått fem dagars intensivutbildning i Behavioural Couples Therapy med Don Baucom. Det var den bästa utbildning jag någonsin har gått. Professor Baucom tänker verkligen som en beteendeterapeut, med frekvent modellering, shaping och positiv förstärkning. Utbildningen hade flera olika komponenter, och det var gott om chanser att öva våra nya färdigheter i rollspel med feedback från Baucom och de två andra terapeuter som höll i utbildningen tillsammans med honom (Michael Worrell och Sarah Corrie). Jag kan verkligen rekommendera det om någon får chans att ens se honom föreläsa i en keynote eller en kortare workshop, han är briljant att lyssna på.

Jag hade helt underskattat hur mycket jobb som krävs för att förstå hur samma kognitiva och beteendeterapeutiska strategier och metoder måste appliceras på ett annorlunda vis när det handlar om par. Jag tror att min tidigare handledare Marianne Lundahl hade blivit stolt om hon hade sett mig tänka i DBT-termer, med motiverande samtal och funktionell analytisk beteendeterapi i bakhuvudet när jag övade mig att reglera emotioner i rummet med ett rollspelande par. Det går inte att köra KBT på autopilot när man har ett krigande par framför sig. BCT är en intressant cocktail. En del Sherlock Holmes, en del B F Skinner, en del Aaron Beck och en del Marsha Linehan. Omskakas väl, servera i små doser.

Dags att se över din journalhantering?



Ett "bus"enkelt journalsystem som uppfyller myndigheternas alla krav (+ lite till) inom säkerhet!

Passa på, testa PsykBase i tre månader. Är du inte nöjd, så betalar du inte!



Ett säkert journalsystem som används av 97% av de privata behandlarna i Norge. Testa du med!

Besök www.psykbase.se eller ring 031-788 47 46 för mer information!

 PSYKBASE

Enkäten som verktyg

Text: Alejandro Muñoz Retamal
Illustration: Billy Alexander (sxc.hu)

I dag presenterar jag enkäten som besvarades av mer än 200 personer, vars resultat har redovisats i Beteendeterapeuten som ett sätt att lyfta fram den interpersonella kontakten mellan patienten och terapeuten. Det finns säkerligen många sätt att prata om denna dimension av vårt arbete, men jag har valt att börja med en enkät. Enkäten som patienterna fick presenteras här nedan. De KBT-terapeuter som besvarade enkäten fick en lite längre instruktion som innefattade några frågor om deras utbildning och egenterapi.

På BTF:s årskongress i mars 2014 i Göteborg kommer ämnet att tas upp i programmet, och jag antar att ett flöde av frågor kommer att hamna på diskussionsbordet.

Alejandro Muñoz Retamal är leg psykolog, leg psykoterapeut och handledare.

Enkät

Instruktion – för patienter

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

Tack för din hjälp!

Börja svara här nedan:

1) Kön: Man Kvinna

2) Ålder:år

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

A) OM JAG BLIR PATIENT...

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

Jag behöver en terapeut som:

1. förstår mig.....=
2. jag kan ha förtroende för.....=

3. tycker om mig.....=
4. kan hjälpa mig att nå mina mål.....=
5. jag kan arbeta tillsammans med.....=
6. förstår mina problem.....=
7. respekterar min syn på mina problem.....=
8. jag respekterar.....=
9. jag tycker om som person.....=
10. jag kan ha en bra relation med.....=
11. jag kan känna mig bekväm med.....=
12. har lång erfarenhet.....=
13. tror på mig.....=
14. är trevlig.....=
15. är sympatisk.....=
16. är snygg.....=
17. är kunnig.....=
18. har humor.....=
19. har skrivit böcker.....=

B) EGENSKAPER HOS TERAPEUTEN

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

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

1. Ärlig.....=
2. Sig själv.....=
3. Lyhörd.....=
4. Inlevelseförmåga.....=
5. Prestigelös.....=
6. Förstående.....=
7. Accepterande.....=
8. Empatisk.....=
9. Varm.....=
10. Stödjande.....=
11. Engagerad.....=
12. Inbjudande till samtal.....=
14. Flexibel.....=
15. Artig.....=
16. Förtroendeingivande.....=
17. Intresserad.....=
18. Öppen.....=
19. Han/hon ska vara (övriga kommentarer).....
.....
.....

C) Vilka tre saker skulle du ogilla hos din terapeut:

- 1.
- 2.
- 3.

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, 2013-11-14

Den senaste månaden har det varit hög aktivitet inom styrelsen. Vi har noterat att andra intresseföreningar inom området psykologisk behandling driver ett intensivt opinionsarbete. Styrelsen är överens om att det är angeläget med ett engagemang vad gäller omvärldsbevakning och opinionsbildning från BTFs sida och att en viktig del handlar om att bygga en struktur kring medlemsengagemang. I kommande nummer av Beteendeterapeuten finns en artikel kring medlemskapsbedömningar inom BTF som styrelsen hoppas få in synpunkter och kommentarer kring då det är en högaktuell fråga.

En beredningsgrupp i styrelsen har även lanserat en kampanj på KBT-listan som har debatterats på olika sätt. Diskussionerna resulterade i att stoppa spridning av affischerna och beredningsgruppen arbetar vidare med layout och formuleringar. Styrelsen vill särskilt uppmärksamma att det under den senaste tiden pågått intressanta och välformulerade diskussioner på KBT-listan och uppmuntrar till fortsatt konstruktiv feedback på vårt arbete.

Ordförande Björn deltog under sfKBTs årsmöte i

Helsingborg där samarbetet med BTF lyftes fram som en viktig profilfråga för sfKBT. Många uttryckte också hur positivt föreningen upplever det gemensamma arbetet med EABCT2016. BTF har även fått möjlighet att lägga fram synpunkter på en etisk kod för psykoterapeuter som Akademikerförbundet SSR tagit fram.

Arbetet med att digitalisera medlemsarkivet fortgår och i egenskap av medlemssekreterare vill jag ta tillfället i akt och uppmana dig att gå in på dina personliga sidor via hemsidan och se över om dina kontaktuppgifter och din kompetensprofil är uppdaterade. Tack på förhand!

Till frågor som är under fortsatt beredning hör behandlarlistan och handledarkommitténs uppdrag. Årsmötesgruppen i Göteborg arbetar vidare med förberedelser och för er som undrar kring årskongressen kommer informationen separat.

Fortsatt fin höst önskas alla BTF-medlemmar!
För styrelsen,
Maria Gustafsson

FÖRNYA DITT MEDLEMSKAP!

Om du inte har förnyat ditt medlemskap i BTF för 2014 blir detta det sista numret av Beteendeterapeuten du kommer få hem. I så fall ber vi att få tacka för den här tiden och hoppas på återseende. Vill du fortsätta vara medlem, få hem Beteendeterapeuten i brevlådan liksom föreningens vetenskapliga tidskrift "Cognitive Behavior Therapy", ha tillgång till KBT-listan, möjlighet att finnas med på vår offentliga behandlarlista (om du står under HSANs kontroll) och dessutom få stora rabatter på workshops? – förnya då ditt medlemskap nu!

Läs mer på vår hemsida www.kbt.nu hur du förnyar ditt medlemskap!

Styrelsen:

Björn Paxling, ordförande
Maria Gustavsson, medlemssekreterare
Olof Johansson, kassör
Gösta Liljeholm
Andreas Karlsson
Torun Kallings
Alexandra Arnberg
Maria Lagerlöf
Li Wolf
Diana Fabian
Matilda Larsson
Ljufur Dagsson
Margaretha Bylund-Andersson
Graciela Rovner (adjungerad)

Mediakontakt:

Dan Katz
dan.katz@katzkbt.se
Liria Ortiz
liriaortiz@hotmail.com

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist:
btf.kansli@gmail.com
Andreas Larsson, KBT-listan:
btf.listadmin@gmail.com
Anders Görting, webbredaktör
Revisorer:
Rolf Olsson, Johan Wetterlöv
Revisorssuppleanter:
Håkan Wisung, Lotta Reuterskiöld
Medlemsregistrerar:
Cecilia Brant-Lundin, Piret Kams
Valberedning:
Johanna Morén, Maria Jannert
Vendela Zetterqvist
Hemsidor och IT:
Lars Ström
Handledarkommittén:
Eva Magoulias
Mehrdad Beigi
Eva Gafvelin-Ramberg

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

Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:

Per Carlbring
Gordon J.G. Asmundson
Biträdande red CBT:
Gerhard Andersson
Maria Tillfors
Michael J. Zvolensky
Sherry H. Stewart
Marianne Lundahl

CEKTOS - Center for Kognitiv Terapi og Supervision, Kognitiv Forum og Depressionsforeningen indbyder til....

BIPOLAR DAG

FRE D 4 APRIL 2014



Med Dr. Cory Newman Institute of Cognitive Therapy, Philadelphia.

PROGRAM FOR DAGEN:

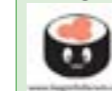
Bipolar sindslidelse har været opfattet som en alvorlig lidelse, der først og fremmest skal behandles medicinsk. Imidlertid har vi nu igennem en årrække set forskning og klinisk erfaring, der viser at psykoterapi kan spille en væsentlig rolle i hjælpen til klienter og pårørende. Ikke mindst det sidste vil være i fokus denne dag.

Cory Newman er en førende specialist i kognitiv terapi og vil denne dag i en workshop gennemgå forskning og anvendelige manualer omkring emnet *Psychotherapy for Bipolar Disorder*

Dagen indledes af Depressionsforeningen formand Bodil Kornbek. Efter workshoppen er der paneldiskussion mellem Cory Newmann, cand.psych. Michelle Ulrichsen, tidl. formand for Depressionsforeningen Karen Margrethe Nielsen og speciallæge i psykiatri Jakob Ulrichsen.

Dagen afholdes på Rigshospitalets Auditorium, Psykiatriske Afd O, 2100 KBH Ø kl. 9-16
Workshop og paneldiskussion foregår på engelsk. Pris: 1550,- kr (medlemmer af DepForeningen, SAKT /BTF eller studerende kun 900,-) kr

Yderligere oplysning og tilmelding hos Cektos www.cektos.dk



Psykologpartners utbildningar våren 2014

Workshop med Mavis Tsai & Robert Kohlenberg
Funktionell Analytisk Terapi: relationsarbete inom KBT
Stockholm den 17-18 mars

Beteendeanalys vid komplexa fall
Västerås den 5 maj

Specialistutbildning i Internetbehandling
Stockholm den 8-9 april och 6-7 maj

Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag
Stockholm den 18 februari

Bli en vassare föreläsare: kombinera psykologisk forskning med effektiv presentationsteknik
Stockholm den 16 maj

Mindfulness: tillämpning i klinisk vardag
Linköping den 21 maj

Bli bättre på att behandla sömnproblem med KBT
Stockholm den 27 mars + 3 april

Kurs i Integrative Behaviour Couples Therapy (IBCT)
Malmö den 7-9 maj

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre delar
Del 1: Inlärningsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT
Göteborg den 11-12 februari + 25-26 februari

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning
Göteborg den 18-19 mars
Linköping den 25-26 mars
Stockholm den 1-2 april

Del 3: Avancerad färdighetsträning i ACT
Göteborg den 13-14 maj

Grundutbildningar i Motiverande samtal, MI
Linköping den 27-28 februari + 29 april
Stockholm den 8-9 april + 3 juni

Fortsättningsutbildningar i Motiverande samtal, MI
Malmö den 3-4 mars + 5 maj
Stockholm den 16-17 september + 4 november



psykologpartners



Beteendestöd i vardagen: praktisk utbildning i tillämpad beteendeanalys & positivt beteendestöd
Västerås den 1/4, 2/4 (heldagar) samt 8/4, 22/4, 6/5, 20/5, 10/6 (halvdagar).

Lära för livet: en heldag om att öka livskvaliteten hos personer med funktionshinder
Stockholm den 21 mars

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

Psykologpartners erbjuder plats i öppna handledningsgrupper. Maila utbildning@psykologpartners.se om du vill veta mer.

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.