

Beteende terapeuter



Terapi med compassionfokus

Tredagarstidning
med Chris Irons

**MINDFUL
EATING**
Ny infallsvinkel
i hälsoarbete

EABCT2016 – Följ med arrangörsggruppen bakom kulisserna

Fokuserad ACT – Introkurs med Thomas Gustavsson

STAIR narrativ terapi – Behandling av kronisk PTSD och relaterad
problematik

Beteende terapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare
Nenad Paunovic, vetenskaplig redaktör
Johan Westöö
Michaela Thomas

Styrelsen

Linda Jüris, ordförande
linda.juris@kbt-centrum.se
Henrik Engelman, medlemssekreterare
bif.medlemssekreterare@gmail.com
Ljufur Dagsson, kassör
ljufurdagsson@hotmail.com

Övriga ledamöter

Alexander Rozental
alexander.rozental@psychology.su.se
Monica Buhrman
Monica.Buhrman@psyk.uu.se
Andreas Karlsson
andreas.karlsson@miun.se
Erik Hjalmarsson
erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se
Lena Fagerström
lenfa593@gmail.com
Li Wolf
li.wolf@neurokbtgbg.se
Margareta Bylund-Andersson
margareta.bylund-andersson@sll.se
Diana Fabian
diana.fabian@kbtvast.se
Lise Bergman Nordgren
lise.bergman.nordgren@lin.se
Frida Andersson (studeranderepresentant)
fridand@hotmail.com

Redaktionellt

Välkommen till årets första Beteendeterapeuten! 2016 smäl-
ler det – det är dags för BTF och sfKBT att anordna Euro-
pas stora KBT-happening, EABCT2016! Nedräkningen har
börjat och du kan anmäla dig till kongressen redan nu. Läs
om hur förberedelserna inför kongressen fortskrider och vad
DU kan göra för att hjälpa till med marknadsföring i Björn
Paxlings senaste rapport från arrangörsgruppens arbete.

I detta nummer kan du också läsa en artikel om Mindful
Eating och en rapport från en klinisk utvärdering av meto-
den. Åsa Palmkron Ragnar har skrivit en bok i ämnet (pre-
senteras i nästa nummer) och hon har även provat metoden
i form av gruppbehandling inom psykiatrisk öppenvård.
Ytterligare ett hett lästips är Michaela Thomas rapport från
en tredagars workshop i London om compassionfokuserad
terapi för problematisk skam och självkritik.

Beteendeterapeutens redaktion har på sistone satsat lite mer
på att uppmärksamma studenter och studentperspektiv i
tidningen, och det tänker vi fortsätta med. I nummer 1 rap-
porterar Frida Andersson, studeranderepresentant i BTF:s
styrelse, från en introduktionskurs i FACT som Thomas
Gustavsson höll för Lunds psykologstudenter i höstas.

Anna Eriksson
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

Mindful eating – en ny infallsvinkel i hälsoarbete.....	4
Mindful eating – erfarenheter från gruppbehandling.....	8
Thomas Gustavssons introduktionskurs i Fokuserad ACT.....	10
EABCT2016: följ med arrangörerna bakom kulisserna.....	14
AMR11_POS – Hur har du känt dig?.....	18
Compassionfokuserad terapi.....	20
Krönika.....	23
Flexibel tillämpning av STAIR narrativ terapi.....	24
Styrelsesidor.....	30

Manusstopp för nästa nummer: 10 april 2016
Bidrag skickas till: *marvellette@hotmail.com*
Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Michaela Thomas
Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB
Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare: God fortsättning och triggervarning!

Hoppas ni haft det fint i jul och nyår! Jag fick ett
ovanligt långt jullov, och avslutade det med en trev-
lig men kanske inte så väldigt avkopplande resa till
Disneyland i Paris. Jag vet inte hur många gånger vi och/eller
våra väskor scannades och säkerhetskontrollerades under
veckan, men jag är glad att vi genomförde resan, inte minst
för att visa stöd för Frankrike och Paris med vår närvaro. Jag
hoppas också mina barn ska ha lärt sig något om att möta
sina rädslor.

År 2015 har för mig och för många andra präglats av oro
och nedstämdhet över flyktingströmmar och dess orsaker,
obehag över ökad främlingsfientlighet i vårt land och rädsla
för terrorism. Jag har ofta funderat på om de människor som
är nyhetsundvikare har högre stämningssläge än dem som
inte är det, efter det gångna året.

Jag som psykologisk behandlare är ingen arbetsförmedling!

Något mer yrkesrelaterat som jag gärna lämnar kvar i 2015
är alla diskussioner om varför rehabgarantin inte fungerat
som planerat. Det är möjligt att tanken med projektet var
god från början, att öka återgång i arbete med hjälp av att ge
människor evidensbaserad vård. I vissa landsting verkar det
dessutom verkligen blivit så att fler patienter fått tillgång till
evidensbaserad vård. Men som bekant visade de totala utvär-
deringarna inte så, vilket BTF varnat för i dagspress tidigare
och även skrivit om i UNT nu i december månad.

På utvärderingen har följt en del konstiga diskussioner
i media, fulla av halmdockor, där vetenskapligt utbildade
(oftast) människor drar alla möjliga slutsatser. Den allra
konstigaste slutsatsen jag sett är att problemet är att det
endast satsats på evidensbaserade psykoterapiformer! Pro-
blemet med att ge evidensbaserad psykoterapi är alltså att
endast evidensbaserade psykoterapier används? Snacka om
faktaresistens!

SÅ mycket är fel i upplägg och utvärdering av detta projekt
att jag skulle behöva hela tidningen för att få med allt, jag
nöjer mig med två punkter:

1. Det är helt omöjligt att säga om patienterna verkligen har
fått KBT – det har räckt att behandlaren har extremt kort
utbildning i KBT eller faktiskt ingen utbildning i KBT alls,
bara hen är legitimerad psykoterapeut inom någon inriktning.



2. Om mina patienter efter behandling på säg 3 månader
börjat göra andra saker än att bara till exempel tvätta händer
och duscha, de kanske tar hand om sina barn, handlar, diskar,
lagar mat och äter den – men har inte hunnit få något jobb –
räknades mitt behandlingsresultat som lika med noll. Jag som
psykologisk behandlare är ingen arbetsförmedling!

Så, det var mina sista ord i frågan! Nu hoppas jag på ett
bättre 2016! I slutet på varje år tycker jag det är roligt att läsa
Språkrådets och Språktidningens lista över nya ord. Den som
hittar rätt antal nya ord i denna ledare och först meddelar
mig korrekt antal vinner en groupie med valfria medlemmar
i styrelsen och en EABCT-tatuering, permanent eller icke, se
bilden här ovan!

För vår förening är 2016 ett mycket viktigt år med EABCT-
kongressen på svensk mark. Anmälan borde ha öppnat när ni
läser detta! Styrelsen är i full gång med lobbyarbete gentemot
politiker och beslutsfattare och vi har stora planer för året.

Hoppas vi ses på årsmötet fredagen den 18:e mars kl 15,
i Psykologpartners lokaler på Drottninggatan i Stockholm!
En intresseanmälan för deltagande finns på hemsidan, eller
så kan du fylla i den på din mobil, om du inte har ögon-
kramp. Och glöm inte att förnya
ditt medlemskap för 2016!



Linda Jüris
Ordförande i BTF

MINDFUL EATING

– en ny infallsvinkel i hälsoarbete

Åsa Palmkron Ragnar beskriver vad metoden mindful eating innebär och varför alla som arbetar inom hälso- och sjukvård bör ta ohälsosamma levnadsvanor på allvar.

Text: Åsa Palmkron Ragnar

Foto: Magnus Knutsson, Dragan Sasic, Robert Owen Wahl, Andrzej Pobiedziński, Charles Toepfer, Jaycy Castañeda, Esther Groen (freeimages.com)

Är ohälsosamma levnadsvanor något vi behöver bry oss om?

Ja, enligt Socialstyrelsen står ohälsosamma levnadsvanor för den största sjukdomsördan i Sverige. Varannan kvinna och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana vilket ökar risken för sjukdom och död. Människor med ohälsosamma levnadsvanor lever i snitt 14 år längre än dem med ohälsosamma.

Angår det oss?

Ja. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård har en viktig uppgift att fylla genom att motivera klienter och patienter för hälsosamma levnadsvanor. Det salutogena perspektivet innebär att tro på och arbeta för att människor ska kunna förebygga ohälsa och sjukdom genom förändrade levnadsvanor. Även de som ännu inte är sjuka

bör få chansen att påverka sin hälsoutveckling, menar Socialstyrelsen. ”Det är viktigt att förebygga sjukdom hos dem som ännu inte utvecklat symtom eller sjukdom på grund av en ohälsosam levnadsvana. Även dessa personer har rätt

Dåliga matvanor är den levnadsvana som hälso- och sjukvården idag lägger minst resurser på.

att få kunskap om att de har en ohälsosam levnadsvana och om möjligheter att påverka denna och därigenom minska risken för att bli sjuk.”

Vilka levnadsvanor tänker du på?

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande åtgärder pekar ut fyra som särskilt angelägna att påverka: dåliga matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskbruk av alkohol.

Kan vi inte låta dietisterna sköta det där med matvanor?

Nej, inte bara. Dietisterna är



Åsa Palmkron Ragnar är leg. läkare och specialistläkare i psykiatri med KBT-inriktning.

fronttruppen, specialisterna. Men alla vi som arbetar med människor som har psykiska problem måste bidra, så gott vi kan. Övervikt och fetma påverkar inte bara den fysiska hälsan utan även den psykiska. Och vice versa. De nationella riktlinjerna ger hög prioritet åt kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor för vuxna med ångest, depression och schizofreni. Hög prioritet finns också vid hjärt-kärlsjukdomar, blodfettrubbningar, diabetes och högt blodtryck.

Kan det löna sig?

Ja, både ur ett individperspektiv och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Ohälsa till följd av ohälsosamma levnadsvanor ger ett stort lidande och stora sjukvårdskostnader. På kort sikt skulle en ökning av kvalificerat rådgivande samtal innebära ökade kostnader, men på lång sikt vara kostnadseffektivt. Dåliga matvanor är den levnadsvana som hälso- och sjukvården idag lägger minst resurser på. Arbete med att förändra ohälsosamma matvanor

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård har en viktig uppgift att fylla genom att motivera klienter och patienter för hälsosamma levnadsvanor.

har en hög prioritet, enligt riktlinjerna, eftersom det är ett allvarligt tillstånd. Prioriteringen bygger på en sammanvägning av tillståndens svårighetsgrad, åtgärdens effekt, vetenskapligt stöd och kostnadseffektivitet.

Kan du tala om exakt vad ett kvalificerat rådgivande samtal är?

Nej, sorry, inte exakt. Ingen specifik metod lyfts fram eftersom det saknas vetenskapligt stöd för att göra en sådan rekommendation. KBT nämns som ett av möjliga alternativ i ett hälsofrämjande förhållningssätt, där behandlingen innebär att patienten behöver ändra sina vardagliga rutiner och invanda beteendemönster. Man framhåller att samtalen ska bedrivas på ett systematiskt och strukturerat sätt och utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan. Hänsyn ska tas till patientens motivation för förändring. Kompetenser som efterfrågas är kompetens inom samtals teknik, hälso pedagogik, beteendetekniker och specifik kompetens kring levnadsvanors problematik.

Nu börjar det likna något, men är inte fetmaoperationer bäst?

Ja och nej. Gastric bypass, en operation där delar av magsäcken och tunntarmen kopplas bort, är den enda evidensbaserade metoden vid extrem fetma (BMI över 35). I vissa landsting gör man operationerna även vid lägre BMI. 2014 gjordes 6800 fetmaoperationer i Sverige. Men vid övervikt, BMI över 25, och fetma, BMI över 30, är operation oftast inte aktuell. Psykologiska metoder har inte utvecklats i samma takt som de kirurgiska, men Socialstyrelsen

har en positiv inställning till möjligheten att förändra ohälsosamma levnadsvanor genom hälsofrämjande samtal, individuellt eller i grupp. Gruppbehandling ökar möjligheten för fler att delta och är kostnadseffektiva. Syftet är att stärka individens möjligheter att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den, öka empowerment, och ge patienten en central roll i sin egen hälsoutveckling.

Men undervikt och svält är väl ett större problem?

Nej. Enligt Världshälsoorganisationen WHO är fler människor på jorden drabbade av övervikt och fetma, och dess konsekvenser, än av undernäring och svält. 46 % av alla vuxna svenskar är överviktiga eller feta. Övervikt, BMI över 25, är en riskfaktor för de stora folkhälsosjukdomarna: hjärt- kärlsjukdom, diabetes och vissa cancerformer.

Vad beror övervikt och fetma på?

Övervikt och fetma är komplexa tillstånd och många faktorer samverkar när det gäller uppkomst: genetiska, kostvanor, måltidsrutiner, aktivitetsnivå, stor tillgång i samhället på energität mat som inte ger mättnadskänsla, stor tillgång på socker och sötsaker som kan tillfredsställa andra behov än hunger och mättnad. Övervikt och fetma är resultatet av långvarig energiöverskott. Vissa mediciner, som antidepressiva och antipsykotiska läkemedel, kan ge ökad aptit och minskad mättnadskänsla och därför leda till viktuppgång.

Finns det andra förklaringar?

Ja. Mindful eating utgår ifrån ett evolutionsperspektiv som förklaring till att vi som människor har svårt att





Vi lever mer och mer stillasittande liv eftersom arbetsmarknaden har förändrats. Tiotusen steg är ett mål för ökad fysisk aktivitet som inte särskilt många lever upp till.

upprätthålla hälsosamma matvanor. Vi är evolutionärt skapade för en tillvaro utan överflöd av föda, men lever i en värld som översvämmas av energität, lättillgänglig och billig mat. Inbyggt i de flesta av oss finns en benägenhet att passa på att äta när det finns mat och att överäta har under människans utveckling varit en överlevnadsstrategi. "Fett-sparargener" hade en överlevnadsfördel när det kunde bli brist på föda, men har blivit en överlevnadsnackdel i det moderna samhället. Vi lever mer och mer stillasittande liv eftersom arbetsmarknaden har förändrats. På jägarstenåldern räknar man med att människor gick ungefär trettio tusen steg per dag för att samla föda. I dag tar många bilen till affären och tiotusen steg är ett mål för ökad fysisk aktivitet som inte särskilt många lever upp till. Mat och sötsaker, som har en ångstdämpande verkan, finns i överflöd och kan därför användas för att tillfredsställa andra behov än hunger och mättnad. Socker och skräpmat är lättillgängligt och kan användas som ett sätt att hantera obehagliga känslor. Det finns också en

psykosocial aspekt. Matvanor "ärvs" ofta inom familjer. Föräldrarnas matvanor överförs till barnen.

Vad är egentligen mindful eating?

Enkelt uttryckt är mindful eating en syntes av mindfulness, compassion och KBT. Basen är mindfulness som innebär att rikta uppmärksamheten mot kroppsförnimmelser, tankar, känslor och impulser i nuet. Compassion innebär att ha medkänsla med sig själv och andra, särskilt när det är svårt, och att se sig själv med en icke-dömande attityd. KBT erbjuder en möjlighet att tillämpa förändringsstrategier vid överskott- och underskotts beteenden.

KBT känner vi till, men varför behövs compassion?

Metoden handlar inte primärt om viktnedgång, utan om att äta på ett medvetet sätt för att öka glädje och njutning.

För många som lider av övervikt eller fetma är svårigheten att upprätthålla en normal kroppsvikt belagd med skam och skuld. Man "borde" vara "karaktärfast" och hålla sig till en hälsosam diet. Man "borde" inte kasta i sig mat på ett "oförnuftigt" sätt. Man "borde" kunna hålla sig till det som man vet är nyttigt. Information om nyttig mat, val av livsmedel, sammansättning av kosten, tillagning och måltidsordning, är väsentlig, men är inte tillräcklig för att ge långsiktiga förändringar. Förståelse för hur vi fungerar ur ett evolutionärt perspektiv kan

bidra till att minska känslor av skuld och skam och på så vis bryta den onda cirkel som kan uppstå vid överätande vilket i sin tur ger mer skuld och skam, som i sin tur dämpas med mat och sötsaker, i en negativ spiral.

Vem kan använda mindful eating?

Du. Många psykologer, läkare, sjuksköterskor, socionomer och sjukgymnaster använder idag mindfulness vid behandling av tillstånd som stress, ångest, depression, smärta och PTSD. Det finns god evidens för mindfulness i behandling av dessa tillstånd. Mindful eating är mindfulness i förhållande till mat och hälsa. Ett komplement till andra metoder att arbeta för hälsosamma matvanor.

Går man ner i vikt med mindful eating?

Ja eller nej. Metoden handlar inte primärt om viktnedgång, utan om att äta på ett medvetet sätt för att öka glädje och njutning, men forskningen i USA har kommit att handla om mindful eating för behandling av fetma, ätstörningar och diabetes. Forskningen är ännu i sin linda men det finns stöd för att mindful eating har effekt vid ätmönster förknippade med fetma framför allt känslolätande, hetsätning och att äta utan spärar.

Psykologiprofessorn Jean Kristeller intresserar sig för hur mindfulness och mindful eating kan användas för att öka självreglerande processer och hur läkare och psykologer kan motivera för beteendeförändringar. Hon betonar att såväl "inre" som "yttre" kunskap är väsentlig. Inre kunskap handlar om att bli medveten om kroppens signaler om hunger, mättnad, sug och stress och hur de påverkar. Yttre kunskap är att känna till vilken mat som enligt forskning är hälsosam för kroppen och vad som är en hälsosam balans av kostens innehåll. Basen i mindful eating är den



Socker och skräpmat är lättillgängligt och kan användas som ett sätt att hantera obehagliga känslor.

inre kunskapen och Kristeller är skeptisk till alltför stor yttre styrning, som dieter av olika slag. "När vi fokuserar på kolhydrater, fett eller salt blir vi mer beroende av yttre styrning och stänger av vår inre styrning". Vi går från ett inre locus of control till ett yttre. "Vi vet alla att vi ska äta när vi är hungriga och sluta när vi är mätta, men vi har glömt hur de erfarenheterna känns," säger

hon. Hetsätning, ett av hennes hjärteområden, triggas ofta av nedstämdhet och ångest och hon lär ut mindfulnessövning som ett sätt att lämna automatiska reaktioner och självkritik genom att rikta uppmärksamheten mot nuet. Då kan vi observera hur olika triggers driver oss att äta fast vi inte är hungriga.

Källor:

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.

Global health risks. Mortality and burden of disease attribute to selected major risks. Geneva: World Health Organization 2009.

Trolle Lagerros, Ylva: Aerob fysisk aktivitet och kostråd förordas vid fetma och övervikt. Läkartidningen nr 47/2015; 2114 -2116.

O'Reilly, GA, Cook, L, Spruijt, D, Black DS: Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. Obes Rev 2014 Jun; 15(6): 453-62.

Läs mer om gruppbehandling i mindful eating på nästa sida! →

Mindful eating

– erfarenheter från gruppbehandling

Text och figur: Åsa Palmkron Ragnar

Hösten 2015 genomförde vi, Åsa Palmkron Ragnar, specialistläkare i psykiatri, och Katarina Lundblad, socionom och mindfulnesslärare, en första 8 veckors gruppbehandling i mindful eating på Aleris Psykiatri i Lund. Patienter som hade ett problematiskt förhållande till mat på grund av psykisk ohälsa eller hade gått upp i vikt på grund av medicinering erbjöds att delta. Syftet var att öka medvetenhet om tankar, känslor och beteenden som triggat ohälsosamt ätande, att minska stress, att öka självmedkänsla och att stärka deltagarnas möjligheter att ta kontroll över sin egen hälsa.

Information om gruppbehandlingen gavs på samma sätt som för mottagningens andra gruppbehandlingar, genom informationsblad i väntrummet och via internremittering från olika behandlare. Gruppen begränsades till 20 deltagare. Patienter med anorexia, eller BMI mindre än 17, pågående självskadebeteende, pågående missbruk och aktiv psykosjukdom exkluderades. De flesta deltagarna var kvinnor mellan 30 och 50 år. Samtliga hade en psykiatrisk diagnos: olika ångesttillstånd, olika typer av depression och utmattningstillstånd, bipolär sjukdom eller problem med hetsätning. Många, men inte alla, var överviktiga.

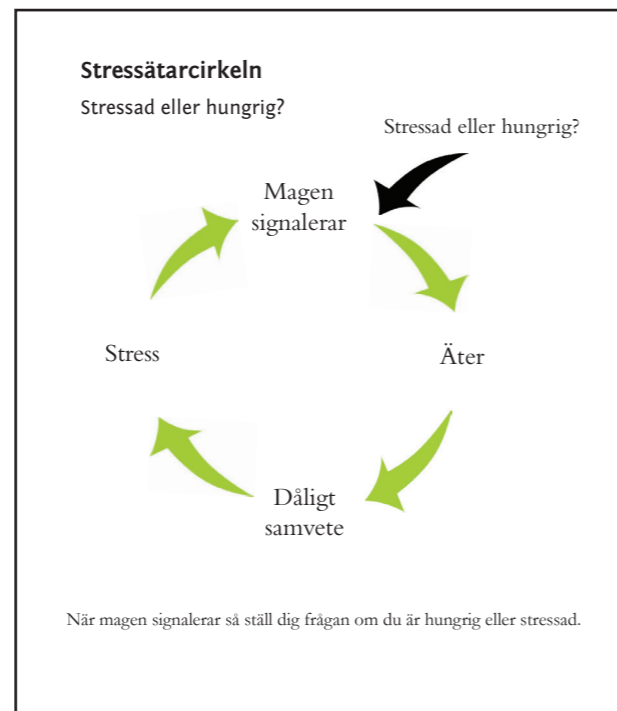
Behandlingens struktur

Gruppen träffades vid åtta tillfällen och leddes av två behandlare. Sessionerna var 90 minuter. En boostersession efter två månader har erbjudits deltagarna. Den har inte ägt rum i skrivande stund. Vi utgick från åtta teman med relevans för problematiskt ätande:

1. Introduktion
2. Mättnad
3. Stress
4. Hunger
5. Sug
6. Kroppen och känslor
7. Drivkrafter
8. Sammanfattning

Åtta mindfulness-attityder, förhållningssätt att träna, gick som en röd tråd genom behandlingen och en ny attityd introducerades vid varje tillfälle. Vi hade valt *medvetet beslut, beginners mind, inte sträva, tillit, let go, inte döma, compassion* och *acceptans*. Grundläggande teori om mindfulness och evolutionsmedicin varvades med *andningsövningar, övningar i kroppsmedvetenhet, övningar i compassion* och *smakövningar*. Reflektioner om mat kom in naturligt vid smakövningarna men ingen större tonvikt lades på kostlära. ”Snabba” och ”långsamma” kolhydrater berördes.

Kursmaterialet var vår bok *Mindful eating - Ät bra, må bra, gå ner i vikt med mindfulness, compassion och KBT* och ljudfiler som finns tillgängliga på nätet: www.mindfuleating.se. Vi använde inga elektroniska hjälpmedel som powerpoint, utan antecknade på skrivtavla. Deltagarna uppmanades att inte anteckna eftersom hela materialet fanns i skriftlig form.



Gruppträffarnas struktur

1. Närvaroövning – andningsövning, t ex 3 minuters andrum.
2. Uppföljning av förra veckans hemuppgift.
3. Presentation av dagens tema och mindfulness-attityd.
4. Kort teoriavsnitt, mindfulness, compassion och KBT.
5. Övning i kroppsmedvetenhet (t ex kroppsscanning eller vänliga händer).
6. Uppföljning med reflektioner och utforskande frågor för att ge en ökad insikt, förståelse och medvetenhet om tankar, känslor och beteenden och hur man kan förhålla sig till dem. Samtalet utgick från de åtta mindfulness-attityderna och betonade insiktens betydelse. Undervisning, i dialog, om mindfulness och mindful eating.
7. Smakövning. Vi använde olika sorters frukt och grönsaker, chips, godis, coca cola, juice, vatten med äppelcidervinäger och knäckebröd.

på Aleris Psykiatri i Lund

Syfte

- Ökad medvetenhet om tankar, känslor och beteenden.
- Insikter om hur vi som människor reagerar på olika stimuli.
- Insikter om hur inlärning styr hur vi reagerar och vad vi äter.
- Förståelse för hur hjärnan fungerar. Normalisera mindless eating, ohälsosamma ätbeteenden, utifrån ett evolutionsperspektiv.
- Öka medkänsla, compassion, med sig själv. Minska skuld och skam över svårigheter och misslyckanden.
- Stärka individens möjligheter att öka kontrollen över sin egen hälsa och få en central roll i sin egen hälsoutveckling.
- Erbjuda verktyg för förändrade matvanor.

Grundstruktur

1. Andningsövning
2. Uppföljning av hemuppgift
3. Dagens tema och mindfulnessattityd
4. Teori
5. Övning i kroppsmedvetenhet
6. Uppföljning kroppsmedvetenhet
7. Smakövning
8. Uppföljning av erfarenheter. Compassion och evolutionsmedicin vävdes in.
9. Sammanfattning
10. Hemuppgifter
11. Mindfulnessövning

8. Uppföljning med reflektioner om egna upplevelser. Anknytning till hjärnforskning och evolutionsmedicin.
9. Sammanfattning av dagens behandlingstillfälle.
10. Hemuppgift - mindfulnessövningar och övningar i matsituationer. De första veckorna var kroppsscanning en obligatorisk hemuppgift.
11. Avrundning med kort mindfulnessövning.

Utvärdering

Ramarna

Gruppen var något för stor. Alla var inte närvarande vid varje tillfälle, men alla utom två fanns med hela behandlingen igenom. 15 hade varit lämpligare gruppstorlek. Det är bra med två gruppleddare. En kan hålla tråden, anteckna på tavlan och den andra ha fullt fokus på gruppen. 90 minuter är för kort tid. Nästa behandlingsomgång kommer vi utöka tiden till två timmar med en kort paus i mitten.

Strukturen

Strukturen fungerade bra. Som alternativ skulle man kunna tänka sig att börja med ett kortare teoriavsnitt med hjälp av powerpoint, som sedan stängs av och följs av den upplevelsebaseade delen. Vi satt första gången i ring, men ändrade sedan av utrymmesskäl till klassrumssittning. Det senare upplevdes som positivt av deltagarna som kände sig mindre utlämnade.

Innehållet

Både vi och deltagarna var nöjda med innehållet, men tyckte att tiden var för kort för att rymma allt.

Hemuppgifterna

Fungerade bra. En mindfulnessövning och en smakövning/medvetenhetsövning om ätbeteenden var obligatorisk. Deltagarna uppskattade båda typerna och tyckte att det var roligt att göra smakövningarna.

Vad hade förändrats hos deltagarna?

De flesta rapporterade *ökad kropps-*

medvetenhet (mätt med delar av Kentucky Inventory of Mindfulness Skills). Blanketten lämnades ut av receptionen före första tillfället och fylldes i innan kursen startade. Vid sista tillfället fylldes blanketten i på nytt och deltagarna fick sedan tillbaka sin första skattning och kunde se vilka items som förändrats. De flesta rapporterade också ökad förmåga att möta stress. Övningar som många valde att träna på som hemuppgift var ”Sitta i stolen” - känna kontakten med underlaget, ”Stampa ut stress” och ”Andas i lugn - andas ut stress”. Alla hade ökat sin medvetenhet om *automatiskt ätande, triggersituationer* och *känslöatande*. Alla tyckte att compassionövningarna var givande och ville gärna träna mer. De flesta hade förändrat sina ätbeteenden. Vanligaste förändringarna var att äta långsammare och mer medvetet, att äta mindre, att tugga maten mer och att inte äta vid TV:n. Några rapporterade spontant att de hade minskat i vikt, men detta var inte en fråga som ställdes systematiskt.

Rapport från Thomas Gustavssons introduktionskurs i Fokuserad ACT

Kursen som ägde rum i höstas riktade sig till Lunds psykologstudenter, och anordnades av BTF:s studerandenätverk tillsammans med Lunds Universitets studentförening för KBT.

Text: Frida Andersson, studeranderepresentant i BTF:s styrelse

Foto: Verónica Giraldo

Sedan BTF:s studerandenätverk bildades hösten 2014 har vi studenter arrangerat föreläsningar och kurser på våra respektive lärosäten. Detta är ett led i vårt arbete med att sprida och stärka BT/KBT inom psykologprogrammen och främja utbyte mellan BTF:s studerande- och yrkesverksamma medlemmar. Här får ni läsa om en introduktionskurs i Fokuserad ACT (FACT) som Lunds Universitets studentförening för KBT (SKBT) och BTF:s studerandenätverk anordnade tillsammans i höstas.

Kursen riktade sig till Lunds psykologstudenter och hölls av BTF-medlemmen Thomas Gustavsson. Thomas är en av pionjärerna inom ACT i Sverige och en flitig utbildare inom området. Tillsammans med Kirk Strosahl och Patricia Robinson har han varit med och utvecklat FACT och han är även medförfattare till två böcker om ämnet: *Brief Interventions for Radical Change*, 2013 (på svenska: *Fokuserad ACT*, 2014) och *Inside This Moment*, 2015.

Omfattningen av kursen var 4 x 2h och ca 40 studenter deltog. Tack vare finansiellt stöd från SKBT och BTF och Thomas ideella engagemang (det enda han fick i utbyte var resersättning, en symbolisk gåva och en hundvakt till sötaste Ella – se bild!) behövde deltagarna endast betala 50 kr i kursavgift. Givetvis ingick smarrig fika, och de

Inom FACT är tanken att små förändringar kan möjliggöra större. Det gäller att hitta den förändring som klienten är villig att göra och börja där.

som närvarat vid minst tre av de fyra tillfällena erhöll kursintyg. Resterande text syftar till att ge en överblick över kursens innehåll, som bestod av föreläsningar, demonstrationer och flera tillfällen till eget övande.

Varför FACT?

Inledningsvis målade Thomas upp en bild av en söndrig psykiatri, som en del av bakgrunden till varför FACT behövs. Det konstaterades att det knappast föreligger någon brist på evidensbaserade psykologiska behandlingar. Problemet är att folk inte får tillgång till dem. Forskning och räkneexempel som tydliggjorde att hjälpbehovet är större än tillgången vad gäller psykologisk konsultation och beteendeförändrande insatser presenterades. Bland annat nämndes att närmare hälften av alla vårdcentralbesök uppskattas bero på psykologiska eller psykosociala besvär och att de som söker för somatisk problematik inte sällan behöver jobba med livsstilsförändringar. Thomas talade också om att det inte enbart är i primärvården som tillgången till psykologisk

konsultation behöver öka, utan även i icke-traditionella vårdmiljöer som skolhälsovården, akutsjukvården, kriminalvården, socialtjänsten etc. I flera av dessa sammanhang är flersessionsprotokoll antingen olämpliga eller omöjliga att ge.

När studenterna tycktes ha övertygats om att vi behöver ”tänka om” och effektivisera den psykologiska vårdapparaten förde Thomas fram korta behandlingar och FACT som ett alternativ. Inom FACT kan behandlaren roll liknas vid en familjeläkare (man kommer ibland), snarare än en akutläkare. Denna inställning innebär att en klient kan få tio minuter när hen behöver det istället för en timme när det är ”för sent”. Därtill presenterades forskning som tyder på att förändring inte är linjär när det gäller dos-respons, utan att det snarare verkar finnas plåtar. Snabba, radikala förändringar är vanliga och verkar vara förenade med positiva långtidseffekter. Det går inte att predica vilka klienter som kan göra snabba förändringar, men vi kan behandla alla

FACT

En fokuserad korttidsintervention
Ofta 1-4 tillfällen à 20-30 min
Bygger på ACT, men i avskalad form



Thomas hund Ella som fick bli vaktad under kursen.

som om de är kapabla till det. Dessutom tenderar klienter att söka hjälp när deras lidande är högt och hoppa av så snart de har börjat göra framsteg. För de flesta sker detta inom fem sessioner och många väljer att avsluta utan att först konsultera sin behandlare. När klienter fortsätter länge i terapi så är det INTE för att den är effektiv – tvärtom, menar Thomas. Därav följer ansatsen inom FACT att varje session ska kunna vara den sista. Behandlingen bör vara kortare än klientens naturliga benägenhet att själv avsluta och de verk samma komponenterna bör kunna ”levereras” vid ett eller ett fåtal besök.

Vad är FACT?

Eftersom kursdeltagarnas förkunskaper varierade så gav Thomas en kort genomgång av grundprinciperna för traditionell Acceptance and commitment therapy (ACT) innan han gick vidare med att tala om varför de lämpar sig för korta interventioner. Liksom ACT bygger FACT på en transdiagnostisk modell av mänskligt lidande och utgångspunkten är att det är viktigare att öka färdigheter snarare än att försöka eliminera symtom och ”bota sjukdomar”. ”Det finns ingen egentlig koppling mellan symtom och livskvalitet – en person med spindelfobi kan ha sämre livskvalitet än en person med schizofreni”, påpekade Thomas. Det handlar om att hjälpa klienten se problem och lösningar ur nya perspektiv

och ändra funktionen av regler, självhistorier och upplevelser, snarare än att ändra dess innehåll. Vidare poängterades att få människor förändras av information – det krävs korrigerande erfarenhet. Inom FACT är tanken att små förändringar kan möjliggöra större. Det gäller att hitta den förändring som klienten är villig att göra och börja där.

Innan vi fick lära oss mer om och öva på de olika modulerna som ingår i FACT så rollspelade Thomas en full session tillsammans med en frivillig kursdeltagare. Denna student verkade vilja sätta Thomas på prov och spelade en deprimerad konstnär som hade kommit till insikten att livet är meningslöst. Det blev ett mycket intressant skådespel som väckte många tankar hos kursdeltagarna. De reagerade bland annat på Thomas respons på klientens suicidtankar:

I min värld får man ta livet av sig. Egentligen är det inte mitt problem. Mitt problem är att du tänker göra det på det här väldigt begränsade beslutsunderlaget. Jag undrar om det skulle gå att göra det lite bredare? Ingen kommer att ta ifrån dig beslutet, men går det att bordlägga under tiden vi försöker?

Thomas fick frågan om han inte var rädd för att bli skuldbelagd om klienten skulle fullfölja dessa planer och det kom fram att han som behandlare uttryckt sig på det här viset. ”Jag kan

stå för det”, svarade han då. Själv fascinerades jag av hur mycket som hanns med under så kort tid. Jag är nog inte ensam om att förhålla mig frågande till möjligheten att rymma allt detta under en halvtimme, men ungefär så här är det i alla fall tänkt att en FACT-session kan organiseras:

Sessionsstruktur

- Introduktion
- Konceptualisering (10-15 min)
 - Analys av kontext
 - Analys av problem
 - Fokusfrågor
- Intervention och planering (10-15 min)
 - Omramning
 - Förändringsplan
- Avslut och utvärdering

Introduktion

Denna bör hållas kort och tydlig. Utöver att ge nödvändig praktisk information är det viktigt att skapa ”rätt” förutsättningar genom att kalibrera klientens förväntningar. De flesta söker hjälp för att de vill ha någon typ av förändring och det är inte fel att skapa förväntningen att det kan ske redan idag. Om ett tydligt syfte förmedlas och om parterna kommer överens om mål och metod så underlättas därtill en ömsesidigt förtroendefull samarbetsrelation.

Tillsammans ska vi se om vi kan hitta en eller flera strategier som kan vara till stöd för dig

att hantera livet så att det blir till det bättre redan efter idag. Det kommer att ta ungefär 20-30 minuter. En del tycker att det räcker, en del kommer tillbaka.

Konceptualisering

Behandlaren samlar in, sorterar och analyserar information om klientens liv i stort och det hen söker hjälp för. I och med att tiden är knapp gäller det att snabbt sätta sig in i klientens situation och förstå var hen befinner sig känslomässigt. Vikten av att vara empatisk och validerande kan inte nog understrykas. Thomas tipsar om att validera intentionen med eller funktionen av ett beteende, samtidigt som en kan förhålla sig öppen med att "det här verkar inte fungera så bra".

Analys av kontext. Ingen lång anamnes tas, utan behandlaren ställer många konkreta frågor och samlar in snaps-hots av klientens liv i stort – hur hen har det med relationer, arbete/sysselsättning, fritid, hälsa etc. Det är viktigt att undersöka frekvens och duration av olika beteenden.

Analys av "problemet". Här undersöks tidsaspekten, det vill säga när klienten började uppleva problemet (som gör att hen söker hjälp just nu), om något särskilt kan ha orsakat eller utlöst det samt hur det har utvecklats över tid. Behandlaren gör därtill löpande funktionella analyser av relevanta beteenden.

Fokusfrågor. Tillsammans med ovanstående syftar dessa frågor till att ge en bild av klientens önskade riktning och förutsättningar för förändring. Tanken är också att ta reda på vad klienten redan har försökt samt att öka motivationen till förändring. Det viktiga är inte hur utan att relevant information samlas in.

Vad hoppas du få ut av detta?
Vad upplever du hindrar dig idag?
Vad har du testat för att hantera detta/ dessa hinder?
Hur har det fungerat för dig över tid?
Kostar det dig något att fortsätta göra så?
Hur ser livet ut om du fortsätter så här, om 6 mån, 6 år?

Intervention och planering

Omrämning. Detta kan vara den svåraste men viktigaste delen av en FACT-session. Den fungerar som en brygga mellan konceptualisering och intervention och är en förutsättning för att lyckas med förändringsplanen. Syftet är

att få till ett skifte i perspektiv vad gäller problemet och lösningen. Det kan vara hjälpsamt att använda metaforer i en omramning. Thomas har en pragmatisk inställning till metaforer - han har en handfull som han vet brukar fungera. Samtidigt flaggar han för riskerna med att försöka förklara en metafor som inte verkar bita.

Då är det oftast bättre att byta, för att inte fastna i ett intellektuellt spel.

Förändringsplan.

Som redan nämnts är tanken att varje session ska kunna vara den sista, och varje samtal ska mynna ut i en förändringsplan. Det kallas inte för hemuppgifter inom FACT utan ramas in som experiment - "vad tror du skulle hända om du testade...?". Interventionerna bygger på klassiska modeller och består i huvudsak av 1) aktivering kring meningsfulla saker, 2) exponering för saker som väcker obehag (acceptans/villighet), 3) färdighetsträning och 4) mobilisering av miljö (kontext/sociala nätverk). Behandlaren förutsätter att det inte kommer att bli perfekt och att det är helt okej. Inställningen bör vara att det finns mycket att lära bara genom att testa att göra saker annorlunda.

Avslut och utvärdering

Varje session avslutas med att klienten ombeds skatta hur hjälpsamt besöket var (0-10) och hur sannolikt det är att förändringen genomförs (0-10). Vid låga skattningar kan behandlaren fråga vad som hade krävts för att det skulle vara ett steg högre. Klienten får även frågan om hen vill ses igen och hur hen i så fall vill göra. Det kan ske på mottagningen eller via telefon, eller så kan klienten få träffa läkaren eller någon annan i teamet för att göra en uppföljning. Klienten får själv föreslå när uppföljning bör äga rum, utifrån hur lång tid hen tror behövs för att kunna utvärdera förändringsplanen. Återbesök går ofta ut på problemlösning och kan vara mycket korta.

Thomas handouts från kursen med referenser till forskning m.m. finns tillgängliga på:

www.humanact.se/laddaner.html

Inställningen bör vara att det finns mycket att lära bara genom att testa att göra saker annorlunda.

BTF bjuder in till ÖPPNA FÖRELÄSNINGAR

På Karolinska Institutet, i MF-salen (Medicinska Föreningens hus), i samband med årsmötet den 18:e mars. Alla är välkomna!

08:30-10:00 Prokrastinering ur ett psykologiskt perspektiv
Alexander Rozental

10:30-12:00 Ångeststörningar hos barn och ungdomar
Liv Svirskey

13:00-14:30 Hantera stress i vardagen
Anna Bennich Karlstedt

15:00-16:30 DBT ur en manlig patients perspektiv
Stefan Frii



psykologpartners

ACT with Compassion

Workshop med Jason Luoma och Jenna Lejeune

Using Acceptance and Commitment Therapy and Affective Science to Work More Effectively with Highly Self-Critical and Shame-Prone Clients

Stockholm den 26-27 september

Information och anmälningsformulär hittas på www.psykologpartner.se/utbildningar

Målbilden för EABCT2016: En gemytlig kongress med enormt utbud och akademisk briljans!

**Björn Paxling tar oss bakom kulisserna i
arrangerandet av årets stora KBT-händelse.
Ett jobb som bjuder på en nästan oändlig
mängd inlärningsmöjligheter...**



Text: Björn Paxling

Foto: Samtliga bilder är tagna från marknadsföringsfoldern
för EABCT2016, illustration av Staffan Lager.

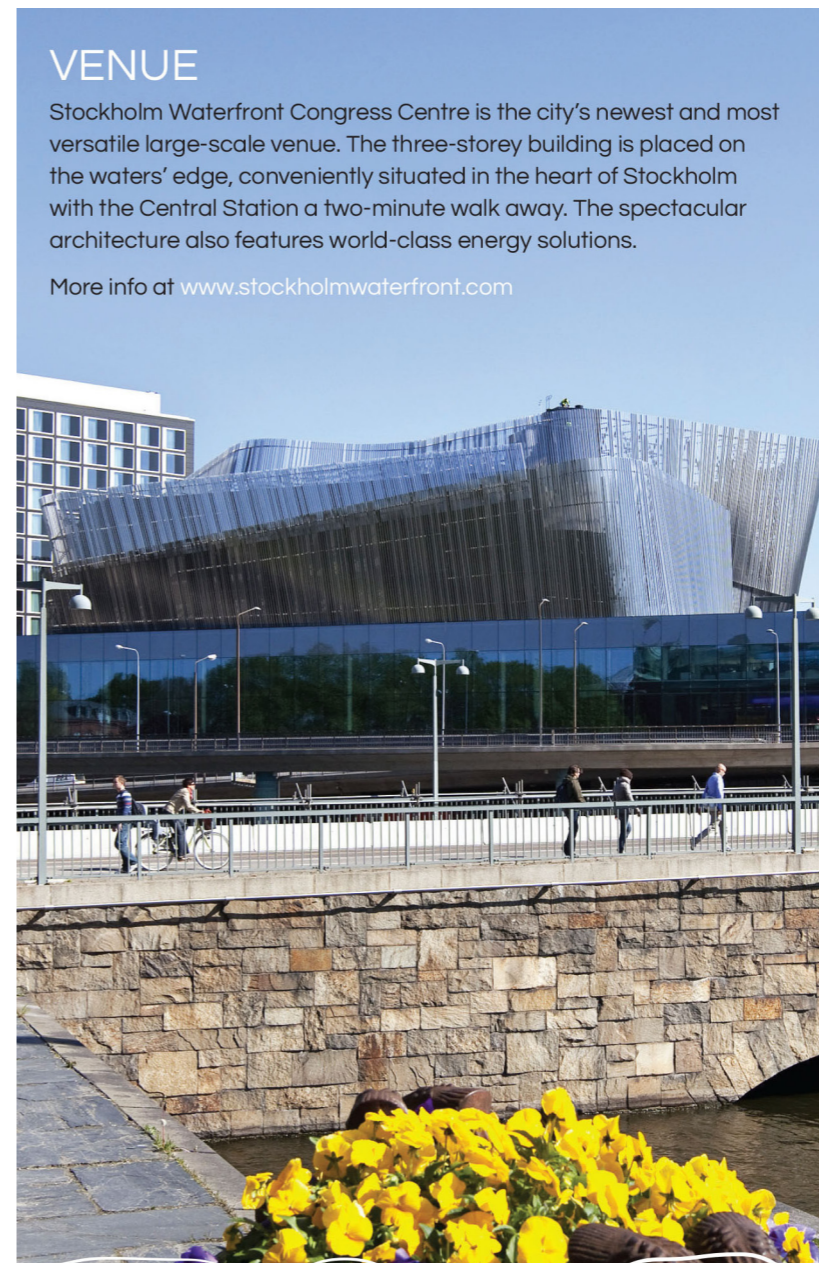
Jag har suttit nästan tio minuter framför ett helt blankt word-dokument, funderandes på hur en artikel om arbetet med EABCT 2016 bäst ska inledas och läggas upp. Min personliga skrivprocess kanske inte är det som svenska KBTare är mest nyfikna på, men min oförmåga just nu att se vårt arbete utifrån och bedöma vad ni egentligen vill läsa om, illustrerar ganska väl var vi befinner oss just nu i arbetet. De olika processerna och delprojekten avlöser varandra i rasande takt, vi springer från planering till utförande, och medan vissa moment överlappar så är andra av typen att de måste vara helt slutförda innan nästa moment kan påbörjas, så vi måste gång på gång ta beslut om när ett arbete behöver utvecklas och förbättras för att vara tillräckligt bra, och när ett arbete behöver slutföras och ses som "good enough" även om där finns mer att utveckla, så att nästa process kan ta vid. Med risk för att jag denna gång författar en text som är mer förvirrande än förklarande, så kan jag inte skjuta på manusdeadline längre, och hälsar er härmed välkomna

till en inblick i en utmattad men lycklig kongressarrangörshjärna!

När jag berättar att arbetet med kongressen går bra så är det förvisso sant, men det betyder inte på något sätt att det går friktionsfritt och utan konflikter. Tvärtom, jag skulle utan svårighet kunna hålla en heldagsföreläsning om alla problem som uppstått under resans gång, alla små och större konflikter som inträffat, alla signerade avtal som vi lusläst gång på gång för att utvärdera vad vi har för handlingsutrymme, och den trötthet och hopplöshet som stundtals kan infinna sig. Men, jag skulle utan omsvep kunna tala lika länge om hur snillrikt och funktionellt vi löst och hanterat alla problem vi ställts inför (samt de vi försatt oss i själva), hur vi vågat ställa tydliga krav och varit kompromisslösa, hur vi i andra fall valt att kompromissa, hur vi funnit helt nya lösningar, och hur vi alla i arrangörgruppen utvecklat vår förmåga till acceptans av omständigheter vi stundtals inte gillar, men helt enkelt behövt köpa. Kort och gott så erbjuder

ett arbete av den här typen en nästan oändlig mängd inlärningsmöjligheter som jag vissa dagar svär över, men ännu fler dagar är tacksam över, för på det stora hela är det ändå väldigt givande att problemlösa.

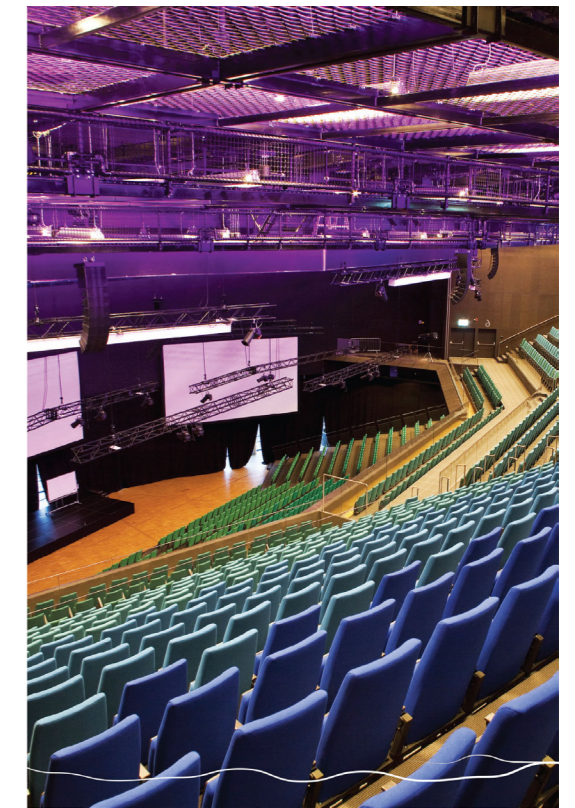
För ungefär en vecka sedan, i mitten på januari, öppnade deltagaranmälan till kongressen. På sikt kan jag mycket väl komma att behöva hjälp och behandling för utvecklat tvångsbeteende att i tid och otid logga in i deltagaranmälan för att se hur många anmälningar vi fått (just nu 18 stycken!), men just nu känns det bara härligt och helt i linje med min värderade riktning (bristande insikt?). Vi har fått statistik från några tidigare större KBT-kongresser där det går att följa hur många som anmält sig vecka för vecka, och vi tänker oss framåt vårkanten använda detta för att göra prognoser över hur många som kommer på vår kongress så att vi kan anpassa utgifter på ett ansvarsfullt vis in i det sista. Kongressen har också fått sponsorer, Psykologpartners har gått in som silversponsor, och tre företag har valt att



VENUE

Stockholm Waterfront Congress Centre is the city's newest and most versatile large-scale venue. The three-storey building is placed on the waters' edge, conveniently situated in the heart of Stockholm with the Central Station a two-minute walk away. The spectacular architecture also features world-class energy solutions.

More info at www.stockholmwaterfront.com



Utanför och inuti Stockholm Waterfront Congress Center där EABCT2016 kommer äga rum. Bilder från Marknadsföringsgruppens välkomstfolder.

bli "friends of the congress", nämligen Tadeusz Jarawka KBT konsult, denki samt Anna Ehnvall KBT Kompetens.

Marknadsföringen av kongressen går på högvarv för att så många som möjligt ska få upp ögonen för kongressen, och för att den ska hamna så högt upp som möjligt på alla KBTares utbildningsönskelista för året. Vi har också pratat med många personer runtom i landet som berättar att de kommer bekosta kongressen från sin lilla privata firma, eller rentav med egna privata medel, något som förstås känns väldigt roligt! Gällande just marknadsföringen så vill jag passa på att be dig (ja, just dig) om lite hjälp. Ifall du tänkt gå på kongressen, skulle du inte kunna berätta om det för kollegorna, och varför du tycker att de också ska följa med? Kanske du skulle kunna skriva en uppdatering på

Facebook om dina tankar inför årets stora KBT-händelse, eller om du inte har tid och lust att formulera det själv, bara gå in och "gilla" kongressens sida (EABCT 2016) och dela vidare någon uppdatering du hittar där till din egen FB-sida? Om det däremot är någon aspekt kring kongressen som gör att du valt att inte gå, så får du fantastiskt gärna kontakta mig och berätta varför – det går förstås inte att skapa en kongress som gör precis alla fullständigt nöjda, men än finns det utrymme för vissa förändringar och utvecklingar, så kanske går vi just dina önskemål till mötes.

Ett första test av vår organisationskapacitet blir redan i mars, då alla representanter från EABCT-anslutna föreningar kommer till Stockholm för en heldags möte samt trevliga sociala

aktiviteter. sfKBT och BTF står som värdar, och vi hoppas kunna visa på både professionalitet och passion under dagarna för att så många som möjligt av representanterna ska göra allt de kan för att medlemmarna i deras egna föreningar ska komma på kongressen. Kongresslokalerna som vi ville visa för alla representanter kommer just den helgen att vara ombyggda till en tennisturnering, men vi har trots detta fått godkänt att hålla en guidad visning så att det tydligt ska framgå vilket fantastiskt ställe vi valt att hålla till på (om inte annat så kommer det framgå hur flexibla lokalerna är, jag är själv nyfiken på hur en stor föreläsningssal kommer se ut i tennisutförande).

Något som slagit mig under arbets gång de senaste månaderna är hur många små frågor som kan bli

fantastiskt stora tack vare ett överdrivet detaljfokus. Frågan om vi gör bäst i att hyra datorer för att visa presentationer i alla föreläsningssalar, eller om dessa datorer ska köpas in för ändamålet, har vi exempelvis skickat uppåt ett hundratal mail om och utrett utifrån prestanda, kostnad, miljöpåverkan, tidsåtgång och säkert några perspektiv till jag hunnit glömma (för den nyfikne: vi kommer hyra datorer p g a större trygghet, bättre för miljön och enbart marginellt högre kostnad). Frågan om vi i anmälan ska ha fria fält för olika anmälningskategorier, eller om de med speciell typ av inbjudan såsom keynotes och EABCT-representanter ska behöva ange en särskild kod, krävde en så snabb och intensiv beredning att min Samarinkonsumtion ökade markant under några dagar. Så, om ni försöker kommunicera med mig under våren och möts av en blank blick och halvöppen mun, då beror det troligtvis på att jag i tankarna är djupt försjunken i en fråga som inte spelar någon roll för någon förutom mig själv och en handfull andra personer. Djävulen sitter i detaljerna heter det enligt ett gammalt ordspråk, något jag nu har belägg för i min egen inlärningshistoria.

I arrangörgruppen gör vi just nu allt vi kan för att EABCT 2016 ska bli en optimal kombination av den gemytliga och familjära stämning som alltid inramat våra nationella KBT-föreningars årskongresser och det enorma utbud och akademiska briljans som kännetecknat de internationella KBT-kongresserna, för att skapa en kongressupplevelse som aldrig tidigare skådats och som sätter en ny standard för internationella KBT-kongresser. Jag är väl medveten om att det är en målbild som osar hybris, men en sådan mustig målbild krävs för att mobilisera krafter i denna intensiva fas av arbetet då vi trötta springer i successivt ökande uppförslut samtidigt som vi behöver öka farten. Jag hoppas att du hejar på oss, att du hjälper oss att sprida information om kongressen, och framförallt naturligtvis att just du kommer till kongressen och att vi ses där!

Med kärlek,
Björn Paxling

Jag hoppas att du hejar på oss, att du hjälper oss att sprida information om kongressen, och framförallt naturligtvis att just du kommer till kongressen och att vi ses där!



LEARN FROM THE PAST TO EMBRACE THE FUTURE
ROOTS AND PRESENT BRANCHES OF CBT



REGISTRATION IS NOW OPEN!

Register early for the reduced fee.
Early bird offer ends March 31 2016.

Register at eabct2016.org

WELCOME TO STOCKHOLM!



EABCT 2016
STOCKHOLM
SWEDEN

THE EUROPEAN ASSOCIATION
FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES

AUGUST 31 – SEPTEMBER 3

eabct2016.org

En snabbscreeningskala med 11 frågor: AMR11_POS – Hur har du känt dig?

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Inledning

Här kommer ett material som har legat i skrivbordslådan sedan 2011. I Beteendeterapeuten nummer 3/2015 skrev jag om AMR9_Hur har du känt dig, en kort variant av MADRS-S som skattar depressiva symptom utifrån ett kliniskt perspektiv. Skalan skattar olika grader av sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. Man vill få en direkt bild av patientens nedstämdhet/depression. Skalan brukar ge en bra bild av patientens aktuella mående men jag ställde mig frågan om det går att omformulera dessa frågor i positiva termer, så att man får en KBT-nyans på det. Går det att ställa positiva frågor till patienten och få en bild av dennes aktuella mående? Det borde vara möjligt att utgå från positiva beskrivningar när en person ska ge information om sitt känsloläge.

Det blev en skala som omfattar 11 påståenden av typen ”sover bra”, ”äter bra och regelbundet”. Jämfört med MADRS-S tillkom två frågor: ”tar beslut utan problem” och ”gör saker jag tycker om”. Det blev elva frågor istället för nio. Andra frågor har fått en viss omformulering.

Den nya positiva versionen av skalan har fått namnet: AMR11_POS-Hur har du känt dig?, och omfattar 11 påståenden som var avsedda att bedömas på en skala från noll (stämmer inte alls) till tio (stämmer mycket bra). Formuläret gavs till 58 personer, av vilka 42 även besvarade Beck Depression Inventory (BDI). De 58 personerna var dels 32 patienter på en psykoteraimottagning (både bedömningar och pågående terapier), dels en normalgrupp om 26 personer som gav sitt medgivande för en statistisk bearbetning av sina svar. Den naturliga frågan var hur korrelerar BDI med AMR11_POS-Hur har du känt dig? Hur pass hög kommer den negativa korrelationen att vara? Ju högre BDI desto lägre AMR11_POS Hur har du känt dig och tvärtom?

Resultat

Det visade sig att det nya formuläret, i fortsättningen benämnt AMR11_POS, hade hög samstämmighet i de 11 påståendena: reliabiliteten, beräknad som Cronbachs alfakoefficient, var 0,94 för de 58 personerna. Motsvarande värde för de 21

grupperna av påståenden i BDI, besvarade av 42 personer, var 0,91. Ett lågt summavärde på AMR11_POS borde visa samma sak som ett högt BDI-värde. Korrelationen mellan dessa båda mått var -0,83 och visar tydligt att samma känsla som mäts med BDI kommer till uttryck i det positivt formulerade AMR11_POS. Samtliga gruppskillnader i Tabell 1 är vid t-testning statistiskt säkerställda på risknivån 0,01. Gruppskillnaden är särskilt tydlig i påståendena 11, 9 och 7, men allra tydligast i summan. Se Tabell 1 ---->

Kommentar

Det var glädjande att se att Cronbachs alfakoefficient var 0,94 för de 58 personerna, att det finns en hög samstämmighet för skalans elva frågor. Motsvarande värde för de 21 grupperna av påståenden i BDI, besvarade av 42 personer, var 0,91. Korrelationen med BDI var också hög, nämligen -0,83 vilket visar tydligt att dessa två skalor kan användas på likvärdig nivå och kan ge en bra bild av patientens mående.

- Om man tar medelvärdet och avvikelsen tillsammans kan man se att en normal person/icke-klinisk profil kan finna sig från 65 poäng och uppåt (M=82,23).
- En patient med en klinisk profil under bedömning eller under terapi kan uppnå 71 poäng som max (M=53,22) men för det mesta ligga mellan 40 och 60 poäng.

En observation: i det kliniska arbetet har jag observerat att bilden man får av patienten genom AMR11_POS är ”lite friskare” än den bild man får genom MADRS-S. Kan det vara så att positivitet som finns i frågorna påverkar patientens sätt att svara på skalan eller att man får en annan dimension av patientens verkliga mående?

Framtid

Man skulle behöva testa skalan på större grupper och på mer specifika diagnosgrupper under mer kontrollerade former. Man skulle behöva testa skalan mot MADRS-S och BDI.

Tabell 1. AMR11_POS-värden för patient- och normalgrupp.

Påstående	Patienter (n=32)		Normalgrupp (n=26)	
	M	s	M	s
1. Glad	4,47	2,02	6,92	1,52
2. Lugn	4,28	1,85	6,73	1,99
3. Sover bra	4,78	2,61	7,42	2,44
4. Äter bra och regelbundet	5,75	2,70	7,92	2,40
5. Läser tidningar o d utan problem	5,56	2,76	7,69	2,70
6. Tar beslut utan problem	4,81	2,87	7,19	2,04
7. Kan sätta igång och slutföra...	4,13	2,54	7,62	2,14
8. Visar intresse ...	5,38	2,34	7,46	2,14
9. Känner optimism	4,72	2,36	7,77	1,80
10. Gör saker jag tycker om	4,97	2,07	7,92	3,07
11. Tycker om hur jag lever mitt liv	4,47	2,20	7,81	1,94
Summa AMRPOS	53,22	17,85	82,23	16,79

AMR11_POS-Hur har du känt dig?

Kön: Man – Kvinna Ålder Datum.....

ARBETSBLAD Betygsätt din senaste vecka mellan noll och tio

Noll betyder: det stämmer inte alls/väldigt lite

Tio betyder: det stämmer mycket/väldigt mycket

JAG HAR KÄNT MIG:

1	Glad	
2	Lugn	
3	Sover bra	
4	Äter bra och regelbundet	
5	Läser tidningar, böcker, lyssnar på musik och nyheterna utan problem	
6	Tar beslut utan problem	
7	Klarar av att sätta igång och gör saker utan problem	
8	Jag visar intresse för saker och ting och för min omgivning	
9	Jag känner optimism	
10	Jag gör saker jag tycker om	
11	Jag tycker om mitt liv och hur jag lever mitt liv	

©Alejandro Muñoz Retamal, 2011, leg psykolog, leg psyko-terapeut, handledare
Telefon: 08-152752 - www.kognitivisterna.com

Det borde vara möjligt att utgå från positiva beskrivningar när en person ska ge information om sitt känsloläge.

Compassionfokuserad terapi

Chris Irons höll en tredagarsworkshop i ämnet "An Introduction to Compassion Focused Therapy for Shame and Self-criticism" i London i december. Intressant nog befann sig också ett team från en norsk ätstörningsklinik där, och en trevlig svensk boende på Island.

Text och foto: Michaela Thomas
Figur: PsychologyTools

Det är lika bra att vi säger det på en gång: compassionfokuserad terapi, (vilket är en något knölig översättning av Compassion Focused Therapy, eller CFT), är *inte* KBT. Det är inte en tredje vågens beteendeterapi, som så ofta framhålls. Det buntas dock ofta ihop med tredje vågen-terapi, såsom ACT eller MBCT/MBSR. Det är inte så konstigt, då CFT delar många komponenter med tredje vågen. Fokus på mindfulness/meditation, rötter i buddhism och ofta fokus på acceptans av kroppsliga och tankemässiga upplevelser.

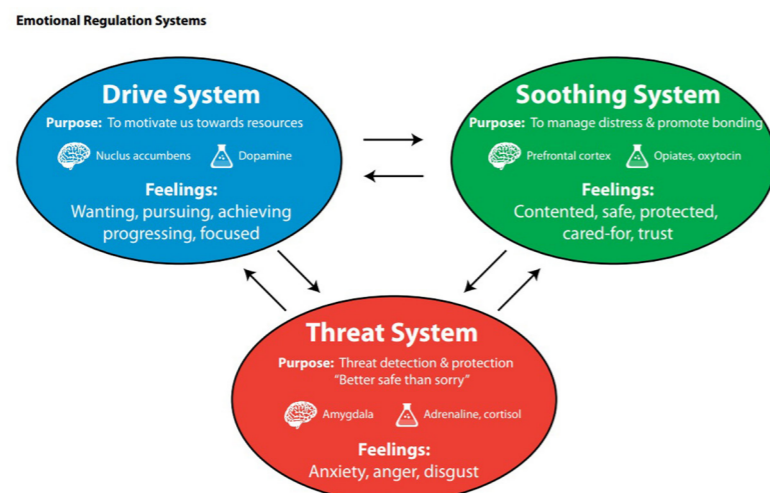
Men det är en helt egen gren, grundad och utvecklad av den brittiske psykologen Paul Gilbert, och bygger på forskningsrön inom en mängd vetenskapliga områden med fokus på det mänskliga sinnet: neurovetenskap, grupp psykologi, socialpsykologi, anknytningsteori, emotionspsykologi, evolutionspsykologi, beteendevetenskap och fysiologi. Det är inte en modell för psykopatologi, det är en modell för hur vi alla känner och reagerar, vad som gör oss mänskliga.

Gilbert fann att traditionell KBT inte påverkade vissa människor på ett emotionellt plan, "jag kan förstå logiken i det, men jag känner fortfarande på samma vis". Detta benämns ibland som "the head and the heart lag", och Gilbert fann att detta var speciellt tydligt hos klienter med höga nivåer av skam och självkritik. KBT bet helt enkelt inte på deras negativa tankemönster och de började känna ännu mer skam och uppvisa

självkritik för att de inte kunde förändra hur de kände sig. Den typ av depression som grundades och vidmakthölls av självkritik och skam verkade inte gå så bra ihop med KBT, menade Gilbert. Chris Irons, i sin tur, kom i kontakt med Gilbert tidigt i sin psykologutbildning och de har bedrivit forskning tillsammans sedan dess.

En definition av *compassion*, eller medkännande, är "en känslighet för lidande hos oss själva och andra, med ett åtagande att lindra det och förhindra dess återkomst". Känsligheten är där medveten närvaro kommer in. För att kunna vara medkännande med andra i det att vi förstår vad de går igenom, måste vi först vara medvetna om deras lidande, eller förstå lidandet i oss själva.

Den andra delen av definitionen är där medkännandet kommer in, i åtagandet vi har att lindra lidandet. Medveten närvaro bygger mer på vad som inom CFT kallas *new brain* och involverar de högre kortikala strukturerna i hjärnan. Det som är unikt för människor, såsom planering, visualisering, oro och jämförelser med andra. Medkännande däremot, är mer kopplat till *old brain*, dvs den delen av hjärnan som innehåller det limbiska systemet och våra emotionscentra. Vi delar den äldre delen av hjärnan med mindre utvecklade varelser, såsom däggdjur och reptiler. Det är dock däggdjuren som vi delar medkännandet med, då de har en instinkt att beskydda sin avkomma för att se till deras överlevnad. Irons framhöll hur Darwin aldrig uttryckte sig i termen



PSYCHOLOGYTOOLS

©2019 Paul Gilbert. © http://psychologytools.com

Figur 1, Paul Gilberts modell för de emotionella systemen.



Chris Irons på CFT-workshop i Hua Hin, Thailand.

"survival of the fittest", och att han aldrig avsåg detta. Istället poängterade Darwin "survival of the nurtured", då den mest adaptiva strategin vi har för överlevnad är att samarbeta och bry oss om varandra.

Irons gick också igenom det som visas på varje utbildning inom CFT, och för varje klient – Paul Gilberts modell för de emotionella systemen (fig 1). Den röda cirkeln (*threat*) involverar hot och våra reaktioner på hot, för att vi ska kunna försätta oss i säkerhet och skydda oss från hot. *Fight or flight* ingår här, vilket är aktivering av vårt sympatiska nervsystem. Rädsla, ilska, oro, ångest ingår alla här. Men CFT talar om detta som centralt för vår överlevnad, och hur vår äldre reptilhjärna reagerar instinktivt på hot. Denna normalisering, av hur det inte är vårt fel att vi reagerar adaptivt, hjälper oss med upplevelsen av skam kring oönskade emotioner.

Denna cirkel kan dock blockera oss från att komma i kontakt med de två andra emotionssystemen – (*drive och soothing*). Inom den blå cirkeln finner vi dopaminerga system involverade inom motivation att agera. Vi vill ha något, istället för att skydda oss från något. Det finns en stark känsla av positiv förstärkning när vi befinner oss i det här systemet, men det är flyktigt snarare än varaktigt (t ex känslan av att ha presterat bra eller glädjen när ens fotbollslag vinner). Strävan efter att försöka stanna i den blå cirkeln, t ex genom överprestation, kan därför ge upphov till hot igen. Depression är ett

exempel på när den blå cirkeln kan vara helt blockerad, vilket ofta leder till mer skam och självkritik.

Något som är centralt inom CFT är andningen, för reglering av hot. Det kallas *soothing rhythm breathing* och innebär att man sänker antalet andetag per minut till ca 5.5 till 6, istället för de flestas genomsnitt på 10 till 12. Andetagen är jämna och rytmiska, i det att in- och utandetagen är lika långa och man försöker undvika stackatoandning. Denna typ av rytmisk andning innebär en fysiologisk förändring i kroppen, framförallt en aktivering av det parasympatiska nervsystemet genom utandningen. Det systemet associeras med lugn och matsmältning, när vi är i vila och inte under hot. Andningen stimulerar den gröna cirkeln i diagrammet.

Då CFT delvis bygger på anknytningsteori är tidiga upplevelser centrala. Irons visade ett YouTube-klipp på Joseph Campos experiment "Still Face". En mamma som interagerar med sitt lilla barn ombeds att vända sig om och sedan komma tillbaka med ett slätstruket ansiktsuttryck under två minuter och med instruktionen att inte svara på barnets försök att pocka på hennes uppmärksamhet. Detta är ett mycket starkt videoklipp. Barnet märker direkt och blir förvirrat, upprört och börjar väldigt fort gråta. Detta diskuterade Chris Irons som en vanlig upplevelse hos de klienter han behandlar med självkritik och skam, att de inte har fått emotionell omsorg och gensvar under sin tidiga utveckling. Ibland kommer folk också med frågan "men varför mår jag så dåligt, när ingenting dåligt någonsin har hänt mig?" och menar att de har haft en bra barndom överlag. De har fått mat och praktisk omsorg, ingen fysisk misshandel eller skrik/skäll. Men deras mamma eller pappa kanske var deprimerad, vilket kan ge upphov till att man bemöter sitt barn med ett så kallat "still face". Så ansiktsuttryck och tonfall är

otroligt viktiga i vårt gensvar även till det mycket lilla barnet. Vårt gensvar blir deras tidiga inlärning av känsloreglering och trygghet. Trygghet är återigen den gröna cirkeln i diagrammet.

Det är inte en modell för psykopatologi, det är en modell för hur vi alla känner och reagerar, vad som gör oss mänskliga.

Chris Irons visade också en video med Edward Tronicks experiment, ”Visual Cliff”, för att illustrera hur barn inte vågar klättra över en plexiglasskiva som ger en optisk illusion av en klyfta, om deras vårdnadshavare har ett skräckfyllt ansiktsuttryck. Om de istället uttrycker uppmuntran med ick-everbala signaler vågar barnet utforska och ta sig över. Irons kopplade detta till den inre självkritikern många (alla?) av oss har, att om vi vid våra egna ”gap” i livet har en inre bild av någon som är kritisk eller rädd istället för uppmunrande, hur ska vi då våga ge oss in på utmaningar?

Men om man inte har haft en trygghetskapande och emotionellt varm uppväxt, eller rentav upplevt svåra trauman och övergivenhet, är det då omöjligt att känna trygghet senare i livet? Nej, menade Chris Irons. Baserat på forskningen kring imaginära metoder (något som vår halvsvenska Emily Holmes är ledande på), vet vi att vi genom att föreställa oss något kan få samma fysiologiska stimulering som om vi faktiskt upplevde något i här och nu. Som ett exempel, föreställ er att ni har en chokladtårta framför er. Använd de fem sinnen för att riktigt frammana den, för att kultivera en tydligare bild. Om ni gillar chok-

- Inkännande/känslighet
 - Sympati
 - Empati
 - Omsorg kring välbefinnande
 - Ickedömande
 - Förmåga att stå ut med obehag
- Den ”andra psykologin” inom compassion har att göra med lindring (av lidandet). Attributen sitter i en inre cirkel omgärdad av *färdighetsträningsskomponenter*:

- Uppmärksamhet
 - Imaginära/visuella metoder
 - Logiskt resonemang
 - Beteende
 - Sensoriska
 - Känslomässiga
- Färdigheterna kan då alltså relateras till attributen. Sensoriska färdigheter (såsom andning) kan exempelvis relateras till attributet förmåga att stå ut med obehag.

Man arbetar också med det som kan blockera medkännande med sig själv och andra. Tankar eller antaganden baserade på tidigare livserfarenheter, som t ex ”det är svårt att känna medkännande med andra” eller ”om jag visar medkännande med andra, kommer de att utnyttja mig”. Chris Irons och Paul Gilbert har utvecklat ”Fears of Compassion Scale” för att etablera dessa antaganden. De kan sedan också vävas in i formuleringen, vilken tittar på följande fyra faktorer:

1. Tidigare erfarenheter
2. Rädslor/antaganden
3. Strategier
4. Önskade konsekvenser

Man normaliserar också hur det var inte ditt fel att man har utvecklat dessa antaganden om sig själv, andra och omvärlden. Skuldbeläggande är inte något som hör hemma inom CFT, men det betyder inte att man inte låter folk få ta ansvar för sina handlingar. Det handlar mer om att ha insikt i hur vi lider som människor, och att ha förståelse och insikt kring varför vi gör som vi gör, medan vi samtidigt också tittar på vad vi vill förändra i våra liv. Vi försöker bara göra förändringar med mer tålmod och förståelse än vi annars kanske skulle ha gjort. Och med tanke

på hur mycket lidandet det finns i världen, så är compassionfokuserad terapi en välkommen frisk fläkt. Vi kan fortfarande knyta an till varandra, ställa upp för varandra och ta hand om oss själva, när västvärlden omkring oss snurrar för fort och inte är främjande för personlig utveckling alla gånger.

Sammanfattningsvis kan vi lyfta fram liknelsen mellan lidande och lotusblomma. Lotusens frö behöver gytta för att växa, ju lerigare och sörjigare desto bättre. Fröet sjunker ner i leran och kommer sedan upp i form av en lotusblomma. Detta är en liknelse med medkännande med oss själv och andra – vi måste först sjunka ner i leran/lidandet genom att använda medveten närvaro för att förstå lidandet, för att sedan kunna stiga upp ur leran och blomma ut genom att använda färdigheterna inom medkännandets andra psykologi. Först ner i leran och sedan blomma ut – compassionfokuserad terapi är således en terapi som gör att vi kommer i kontakt med känslor vi kanske sedan länge tryckt undan. Men det känns så mycket bättre när vi väl kommer upp igen. Med medkännande räddar vi världen.



Lotusblomma

Krönika

På västfronten en massa nytt



Text:
Michaela Thomas

Jag börjar krönikan med en suck. Tydligt högt också, eftersom jag märker att en tågpassagerare vänder på huvudet och tittar på mig. Ibland är det svårt att börja. Det är nog det svåraste med att skriva, för mig personligen. Min vän Linn sade en gång att man borde samla på ”börjor” och sälja dem, för alla som sitter fast i att inte kunna börja. (Jag prokrastinerade just då jag övervägde om jag skulle skriva prokrastinering eller uppskjutande beteenden. Istället gick jag tillbaka och skrev på ren svenska, ”börja”). Och nu har jag en början, helt plötsligt. Man får dock inte börja en mening med ”och”, skulle min svensklärarinna ha sagt.

Jag är lite av en idealist. Det är ganska jobbigt ibland, när världen inte betar sig som man tycker att den ska. Eller ja, otroligt mycket i världen är så orättvist att jag inte vet var jag ska börja. Det vi gör i vårt jobb syftar ju delvis till att hjälpa personer som har gått igenom det orättvisa lidandet i världen. Compassionfokuserad terapi lär oss om lidandet och hur vi kan dels acceptera att vi kommer att lida och dels hjälpa oss att hantera hur det påverkar oss alla. Vi sitter ju alla i samma båt, det är bara det att lidandet puttar vissa överbord oftare än andra.

När man är en idealist blir det också jobbigt att jobba inom The National Health Service (NHS). Det är ett otroligt stort maskineri av anställda, rentav den fjärde största arbetsgivaren i världen (efter den kinesiska armen, indiska järnvägen och något mer som jag tyvärr har glömt). Byråkratin smörjer (eller svärtar) maskineriet, men man måste veta var man ska hålla in oljan. Maskinen knakar dagligdags inom IAPT (som är en av de

många armarna av the NHS) och tyvärr har jag nog inte förstätt att man inte kan applicera den svenska modellen av arbete i England. Eller i alla fall inte i London. Folk jobbar för långa dagar, äter lunch ”al desko” (det är ett uttryck) och är ofta stressade. Som idealist tycker jag att det här är fel. Var kommer acceptans in? Acceptans av vad? Något som är inhumant från första början? Acceptera det man inte kan förändra, vilket en person sa till mig idag när det gäller hur min arbetsplats ser ut. Men om ingen säger eller gör något, hur kan saker någonsin förbättras?

Ju mer jag lär mig inom compassionfokuserad terapi, desto mer känner jag att det är hela NHS-systemet som är trasigt. Medkännandet saknas. Maskineriet är uråldrigt och behöver bytas ut, det hjälper inte att bara smörja det. Om en blomma inte växer, skyller man

Maskineriet är uråldrigt och behöver bytas ut, det hjälper inte att bara smörja det.

inte på blomman. Man försöker förändra förhållandena den växer i. Om ingen tittar på vilken sorts jord vi har rötterna i, ser till att vi får tillräckligt med vatten, solljus och växtnäring, hur kan vi då förväntas växa och blomma till att bli det bästa vi kan bli? Varför blir vi förvånade när psykologer och terapeuter blir utbrända, när förhållandena inte är de rätta för att de ska kunna bli den bästa versionen av sig själva? Ni får tänka vad ni vill, men jag har plockat upp vattenkannan och försöker ge en dos av det jag kan till mig själv och kollegorna – det är det enda jag kan göra i dagsläget. Jag hoppas bara att maskinen inte går sönder, eller jorden har torkat ut helt, innan någon annan vill göra något tillsammans med mig.

Hett just nu:

- CBT Innovation listad som bidrag i The Guardians tävling för ”Home Business Innovation”. Kanske får jag åka på vinstutdelningsceremoni. Fuck you, Jantelagen.
- Matt Haigs bok, ”Reasons To Stay Alive”. Läs den, fantastisk bok!
- Nya rundan gruppbehandling med CFT är tre sessioner in och känns toppen att driva.

Kallt just nu:

- Fortsatt oinkännande ledning på arbetsplatsen. Nya nivåer har nåtts.
- För många idéer och inte nog med tid eller ork att göra allt. Har inte ens hunnit Headspace.
- Fortfarande inte gjort något av någon bok (favorit i repris).

Flexibel tillämpning av STAIR narrativ terapi

För behandling av bristande känslö- och interpersonell reglering samt kronisk PTSD

Marylene Cloitre, Christie Jackson och Brandon Weiss

Workshop genomförd den 3 november 2015 vid Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans, Louisiana, USA.

Text: Nenad Paunović

Foto: Katherine Evans (freeimages.com)

Inledning

Denna workshop syftade till att lära ut praktiska färdigheter i STAIR-NT (*Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation – Narrative Therapy*) utvecklad av Marylene Cloitre med kollegor (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2006). Metoden baseras till viss del på en utvecklingsteori. Traumatiske händelser i tidig ålder inverkar på människors utveckling av känsloregleringsfärdigheter samt interpersonella färdigheter. Cloitre beskrev att man efter terrorattentatet den 11 september 2001 upptäckte att metoden även kunde användas för människor som traumatiserades efter en sådan händelse. Dessutom har man utvecklat behandlingen i ett gruppformat. Slutligen finns STAIR-NT i ett individuellt format som även kan kombineras med kognitiv bearbetningsterapi, EMDR och exponeringsbehandling.

De två modulerna av första delen av behandlingen (STAIR) fokuserar på symptom och problem som bidrar till ett försämrat fungerande i vardagen. Den första modulen av STAIR riktar in sig på att hjälpa klienten att utveckla känsloregleringsfärdigheter. Bristande känsloregleringsfärdigheter kan föreligga vid alexitymi, omfattande dissociation och suicidförsök. Den andra modulen av STAIR består av utvecklandet av interpersonell reglering. Svårigheter i interpersonell reglering kan uttryckas i form av intimitetsproblem, sociala färdighetsbrister, omfattande undergivenhet, överdrivet kontrollerande m m. Cloitre uppgav att man har upptäckt att det hos vuxna överlevande från sexuella och fysiska trauman

i barndomen särskilt existerar påtagliga svårigheter med känsloreglering och interpersonella problem utöver PTSD-symptomen. STAIR-NT är fokuserad både på problem här-och-nu (STAIR-komponenten) samt på traumabearbetning av tidigare traumatiska händelser (NT-komponenten).

STAIR-NT för olika traumatiserade klientgrupper med PTSD

Cloitre presenterade traumatiserade kliniska grupper för vilka STAIR-NT är en adekvat behandling utifrån olika traumatyper:

- Vuxna överlevande från sexuella trauman i barndomen (Cloitre et al., 2002, 2004, 2010, 2012).
- Krigsveteraner (Cloitre, 2015, ingen referens).
- Akut traumatisk stress (Levitt et al., 2007).
- STAIR narrativ terapi finns i gruppformat för militärrelaterad PTSD (Jackson & Cloitre, 2014, ingen referens), slutenvårdspatienter (Trappier & Newville, 2007), och kvinnliga militärveteraner (Cloitre & Weiss, 2015, ingen referens).
- Traumatiserade flickor i tonåren (Gudino et al., 2015).
- Slutenvårdspatienter i tonåren, både pojkar och flickor (Gudino et al., 2014).

Dessutom uppgav Cloitre att även följande kliniska grupper kan ha nytta av STAIR-NT-behandlingen:

- Klienter med primär PTSD generellt.
- PTSD med komorbida förstämningssymptom (t ex svår depression, dystymi).

- Vid mild-måttligt substansmissbruk.

Jämförelse mellan STAIR-NT och dialektisk beteendeterapi

Cloitre tog upp en diskussion om jämförelsen mellan STAIR-NT och dialektisk beteendeterapi (DBT). Hon uppgav att STAIR-NT till viss del var inspirerad av DBT, och dels av stresskontrollträning (*stress inoculation training*). Cloitre jämförde DBT med STAIR-NT. Hon uppgav att STAIR-NT *inte* är till för behandling av borderline personlighetsstörning (BPD). Komplex PTSD jämfördes med BPD. Vid BPD är övergivenhetsproblemet kärna i problematiken. BPD-patienter känner ibland ett band med andra människor, och ibland känner de inte något känslomässigt band alls. Detta är inte fallet hos klienter med komplex PTSD (som STAIR-NT kan vara till nytta för). DBT är en längre behandling och STAIR-NT är en korttidsbehandling. DBT fokuserar på självskadande beteenden, på avslut av behandlingen samt på ett instabilt själv (vid STAIR är självstabilitet). Med ett ostabilt själv menas att man kan skifta kraftigt mellan att idealisera och nedvärdera andra människor. STAIR-NT har ett stabilt själv i detta avseende, man fokuserar inte på självskadande eller på behandlingens avslut som i DBT.

Jämförelse mellan STAIR-NT och kognitiv inriktade terapier

Cloitre svarade på en fråga från en åhörare huruvida man i STAIR-NT genomför ifrågasättande av negativa tankar. Cloitre sa att man inte gör detta i STAIR-NT. Istället gav Cloitre ett



STAIR-NT är fokuserad både på problem här-och-nu samt på traumabearbetning av tidigare traumatiska händelser.

exempel på en fråga som man ofta ställer och som illustrerar kärnan i STAIR: "Vad skulle du vilja uppnå i ett idealt fall och hur kan vi nå dit?". Man försöker att föreställa sig alternativa utfall för en själv. Cloitre uppgav att det finns en viss likhet med terapin "Imagery rescripting" i detta avseende, att man föreställer sig ett alternativt slut. Cloitre uppgav att hon aldrig ifrågasätter en övertygelse. Man fokuserar på kapaciteten att upprätthålla en kontakt med andra personer. T ex tar man reda på vad klienten vill. Cloitre gav ytterligare följande exempel på en fråga som man ställer i STAIR-NT som karakteriserar denna behandling: "Hur kan du tänka på ett annat sätt?". Detta skiljer sig avsevärt från traditionell kognitiv terapi. Filosofin med den alternativa schemamodellen är att förstärka klienten när denne uttrycker alternativa scheman: "Detta låter mycket bättre". STAIR fokuserar

på problem i relationer här-och-nu, i den nuvarande livssituationen. Cloitre uppgav att kognitiv bearbetningsterapi (CPT) börjar med att fokusera på traumat, det förflutna, vilket är i motsats till STAIR.

Jämförelse mellan NT-komponenten i STAIR-NT och Foas exponeringsbehandling

Cloitre uppgav att hennes narrativa terapidel i STAIR-NT är mycket olik den exponeringsbehandling som Edna Foa har utvecklat. Cloitre uppgav att även Edna Foa helt och hållet håller med om detta. Enligt Cloitre är flera element av hennes narrativa terapidel rätt så olika imaginär exponering. Klienten ska i den narrativa terapin konfronteras med minnen och känslor av händelsen OCH integrera den i sin känsla av sig själv ("sense of self"). Cloitre uppgav att terrorattentatet den 11 september 2001

upptog mycket av amerikanernas självbiografi i början efter händelsen. Men med tiden integrerades denna erfarenhet med ens övriga livsminnen. Cloitre beskrev det som att man fungerar som en författare till sitt eget liv som innehåller olika kapitel. Man använder sig i narrativ terapi av en skattningsskala för att skatta intensiteten av olika känslor (ilska, avtrubning, rädsla/ångest, sorgsenhet) (*Negative Mood and Regulation scale = NMR*). Terapeuten hjälper klienten att under den narrativa terapin skapa en berättelse om sin traumatiska upplevelse. Därefter genomför man en meningsanalys (*meaning analysis*). Den viktiga frågan att svara på som ett resultat av denna analys är: vilket interpersonellt schema kan vi hitta här? Detta är annorlunda än under exponeringsbehandling. Man validerar klienten och hjälper klienten att utforska detta. Man ska vara uppmärksam på olika känslor såsom skuld, skam, ilska m m.

Sammanfattande översikt över STAIR-NT

Härnäst beskrivs behandlingen STAIR-NT översiktligt. Den första delen av behandlingen (standardprotokollet) utgörs av 8 sessioner färdighetsträning (känsloreglering och interpersonell reglering) och den andra delen av 8 sessioner narrativ exponering för traumat.

Session 1: Introduktion av terapin

Terapeuten ska sälja in behandlingen och öka klientens hopp. Primärt fokus för STAIR, den första delen av behandlingen, är att öka förmågan till känsloreglering samt färdigheter för att hantera relationer. Under första delen introduceras forcerad andning (*forced breathing*). Målet är att lära klienten att medvetet andas med magen för att slappna av. Ibland kan andningsövningen utgöra ett triggande stimulus. Oavsett detta hjälper terapeuten klienten att gå vidare med den. Om klienten känner sig yr ska man informera om att detta är ett normalt symptom på denna övning. Därefter går man igenom edukation om de olika svårigheterna med känsloreglering och interpersonella färdigheter. Detta baseras på klientens unika problem inom dessa problemområden. Klienten får lära sig om traumats inverkan på känslor och på relationer. Man identifierar vilka brister i känsloregleringsfärdigheter och interpersonella problem som klientens problem utmärks av, samt klientens hanteringsstrategier och målsättningar. Man informerar klienten om att behandlingen baseras på

en kognitiv beteendeterapeutisk ansats som karakteriseras av att man lägger en specifik agenda för varje session, att man har en strukturerad ansats, att man genomför terapin även mellan varje session (ordet ”hemuppgift” används dock inte), att behandlingen är kortsiktig, att den är utmanande, och att det krävs en noggrann planering för behandlingen. Cloitre berättade om sina kliniska erfarenheter att det ofta är en stor lättnad för klienten att få veta terapins karakteristika, fr a att den är en korttidsterapi och att den har ett avslut. Cloitre uppgav att klienter ofta inte dök upp för behandling när de trodde att terapin inte hade något avslut, att den kanske skulle fortsätta tills vidare utan något slut i sikte. Många åhörare under denna workshop uttryckte en mycket stark preferens för denna terapi eftersom den ter sig mycket patientvänlig samt att den fokuserar på vanliga brister hos traumatiserade klienter utöver PTSD-symptomen. Terapeuten beskriver känsloregleringssvårigheter relaterat till traumat, men ger inte klienten någon lista på svårigheter relaterade till känsloreglering. Man baserar psykoedukationen på KLIENTENS egna svårigheter med känsloreglering.

Session 2: Medvetenhet om känslor

Under denna session ska klienten tillfrågas vad hen lärde sig om känslor när hen växte upp. Vad lärde hen sig angående hur hen skulle bete sig i förhållande till känslor? Detta är en mycket validerande intervention. Man tar reda på vad klientens familj lärde hen om känslor och hur man hanterar dem. Fokus här är på medvetenhet om känslor samt hur känslor uttrycks.

Session 3: Introduktion till känsloreglering

Den känslomässiga upplevelsen har tre kanaler: kroppen-tankar-beteenden. Man vill kunna organisera kognitiva-affektiva-beteendemässiga upplevelser. När man ska bygga upp förmågan till känsloreglering och organisera sina känslomässiga upplevelser ska man börja med *kroppsliga upplevelser*. Känsloreglering utifrån den *kroppsliga kanalen* innefattar:

- Fokuserad andning.

- Grundläggande självomhändertagande som består av grundläggande hygien, matföring, och kontinuerlig sömn (bränsle till kroppen). Vid behov skapar man en plan för självomhändertagande.
- Att lugna sinnena (beröring, lukt, smak, hörsel, syn) med lugnande och behagliga aktiviteter.
- Fysiska övningar (promenad, springa, stretcha).
- Progressiv avslappningsträning. Är bra för kronisk smärta.

Varje klient ska INTE göra samtliga övningar. Man kan göra fokuserad andning plus ytterligare en övning. Det viktigaste är att öva regelbundet. Därefter fokuserar man på den *kognitiva kanalen* som består av följande:

- ”Bevis”-tekniker, prövningar av ens negativa tankar.
- Tankeskiftning.
- Praktisera alternativa övertygelser.
- Positiva självuttalanden.
- Mindfulness och acceptans: känslomässig surfning.

Den sista delen fokuserar på *den beteendemässiga kanalen*. Fokus är på att motverka ohjälpsamma beteendestrategier och att byta ut dem mot alternativa beteendestrategier. Man lär sig att bemästra sitt beteende även i påfrestande situationer. T ex att tillfälligt distrahera sig bort från besvärliga situationer med intentionen att komma tillbaka och hantera dem senare.

Det är viktigt att bygga på redan existerande färdigheter och preferenser. D v s dels att bygga på vad klienten redan kan, och dels att låta klienten välja vad hen föredrar för aktiviteter. Det är *inte bra* att styra in klienten på icke-existerande färdigheter och på aktiviteter som klienten inte föredrar (detta är *inte* effektivt).

Session 4: Känslomässigt engagerat leverne

Här introduceras smärttolerans som ett värderat mål, man identifierar en målsättning, utvärderar och skapar en plan för att hantera känslomässig smärta. Klienten skriver ner för- och nackdelar med att uppleva känslor för att öka sin tolerans för känslomässig smärta. Det är viktigt att skriva ner sin plan

eftersom det är lätt att man glömmer bort den. Man är ute efter att byta ut kortsiktig smärta mot långsiktiga fördelar. Att uppleva sin känslomässiga smärta är bättre på lång sikt. Denna ansats är mycket validerande och normaliserande för klienter.

Inledning till session 5-8

Barn som utsätts för fysiska och sexuella övergrepp i barndomen försöker ofta att ändå skapa en mänsklig kontakt. Hur anpassar man sig till en traumatiserande miljö som man inte kan fly från? Vissa traumatiserade människor försöker att göra goda saker för förövaren för att ”normalisera situationen”. T ex kan en kvinna gå och handla efter att ha blivit misshandlad för att försöka göra förövaren till fredsförmedlare efter händelsen, för att normalisera situationen. Denna kvinna kan tidigt ha lärt sig regler för hur man ska upprätthålla en relation till en förövar. I den traumatiserande miljön kan det ha varit adaptivt att anpassa sig till förövaren. Men de regler som gällde för att överleva tidigt i livet är utdaterade senare i livet. Här formulerar man det icke-adaptiva negativa schemat med klienten och försöker att hjälpa klienten att se att det sker ett upprepande av negativa scheman (triggade minnen kombinerat med det beteende man använde sig av för att anpassa sig till situationen).

Session 5: att förstå relationsmönster

Här ska man identifiera interpersonella scheman. Man introducerar begreppet, presenterar analogier, exempel samt fyller i blanketten *Interpersonal beliefs sheet 1*. En schema-analys är validerande och icke-patologiserande. Man visar att schemat har utvecklats för att skydda en själv och att det är baserat på faktisk erfarenhet. Man visar att det går att förändra scheman och att de existerande schemana är utdaterade. Scheman utgör förväntade utfall i interpersonella situationer i form av ”*Om jag... då kommer X att hända eller innebära*”. Negativa scheman kan vara adaptiva i vissa traumatiserande omständigheter, men inte här-och-nu i en trygg situation. En viktig fråga är vad som skulle utgöra ett alternativt schema i en perfekt värld. Man vill ta reda på i hur stor utsträckning som schemat är orealistiskt i här-och-nu situationer. De beteenden som drivs av negativa scheman bidrar till att upprätthålla de negativa schemana. Syftet är att hitta ett sätt att bryta det aktuella beteendemönstret som upprätthåller de negativa schemana.

Session 6: att börja framställa alternativ

Syftet med sessionen är att ta fram alternativa scheman baserade på identifierade negativa scheman. Detta gör man med hjälp av ”*Interpersonal beliefs sheet 2*”. Det är viktigt att fokusera på intentionen av beteendet som drivs av det negativa schemat. En vanlig intention av t ex aggressivt beteende är att få respekt och att bli lyssnad på. Dock brukar inte aggressiva beteenden leda till målsättningen att bli respekterad. Här är ett exempel på ett negativt schema: ”*Om jag inte blir erkänd/uppmärksam, då har jag inte värde*”. Genom att arbeta med ”*Interpersonal beliefs sheet 2*” kan klienten komma fram till att vissa människor värderar en själv, att man gör ett bra arbete, och hur man ska bära sig åt för att testa sitt icke-adaptiva (negativa) schema. Ett alternativt schema som illustrerar ett slutmål i detta fall är följande: ”*Om jag inte blir erkänd/uppmärksam, då kan jag ge ett erkännande till mig själv*”. Det går ofta inte att gå direkt från det icke-adaptiva schemat till ett optimalt schema. Man försöker att formulera scheman som gradvist uttrycker mera adaptiva scheman, t ex: ”*Om jag inte blir erkänd/uppmärksam då kan jag vara värd något*”.

När det gäller en alternativ handling kan man börja med vad man kan tänka sig att man skulle kunna göra innan man definitivt formulerar alternativa handlingar. Detta kan leda till ett rollspel. Cloitre uppgav att hon aldrig säger följande: ”*Ok, skulle du vilja göra ett rollspel nu?*”. De frågor som har ställts har lett till kovert modellering (rollspel i tankarna). Vid behov kan man *direkt gå in i ett rollspel*.

Session 7: Öva självhävdelse

Klienten får öva sig i att stå upp för sina grundläggande rättigheter. Härnäst ges några exempel på grundläggande rättigheter formulerade i ”*Jag-uttalanden*”:

- ”Jag har en rättighet att be om det jag vill ha”
- ”Jag har en rättighet att säga nej”
- ”Jag har en rättighet att bli behandlad med respekt”
- ”Jag har en rättighet att bli arg på de människor som jag älskar”
- ”Jag har en rättighet att inte bli behandlad illa”

Självhävdande jag-uttalanden formuleras enligt följande: ”*När du _____ (specificera beteendet hos den andra personen) då känner och tänker jag _____ (beskriv*



Primärt fokus för STAIR, den första delen av behandlingen, är att öka förmågan till känsloreglering samt färdigheter för att hantera relationer.

hur du känner och tänker) *därför att jag _____ (beskriv anledningen till varför du känner och tänker som du gör)*”. Det finns en god anledning till varför man genomför känsloregleringsövningar innan man går in i en sådan här typ av arbete.

Session 8: Att öka sin interpersonella flexibilitet

Klienten ska diversifiera sina arbetsmodeller och gå ut från förövare-offerschemat. Man ska rycka sig loss från den starka inverkan som övergrepp, våld och exploaterande har haft på en själv. Man kan genomföra ”tankeexperiment”, fylla i blankett för interpersonella övertygelser och genomföra rollspel. Cloitre beskrev 3 olika typer av maktbalanser. Hur man betar sig mot en annan person är beroende av vilken maktbalans som finns mellan en själv och den andra personen. Följande maktbalanser presenterades:

- Typ 1: man har lika mycket makt (t ex lika mycket som en vän, medarbetare). Detta kan göra en misstänksam.
- Typ 2: man har mindre makt än den andre (t ex man är anställd inför en chef). Detta kan göra en ångestfylld och orolig.
- Typ 3: man har mer makt än den andre (t ex om man är förälder eller

chef). Detta kan göra en mycket obekvämt.

När man tränar sig i rollspel är det viktigt att komma fram till att olika situationer enligt ovan kräver olika typer av handlingar och reaktioner. Man kan göra en upplevelsebaserad övning inför 3 människor: ens partner, chef eller barn. Man ska vara flexibel i sina responser beroende på vilken typ av relation som man har. Sessionen avslutas med en medkännandeövning (*compassionate exercise*).

Modul 2: Narrativ terapi (session 8-16)

Terapeuten bör agera som ett vittne till klientens traumatiska berättelse och vara stödjande. Cloitre uppger att förhållningssättet är likt det i Rogeriansk terapi.

Session 8: Introduktion av det narrativa arbetet

Terapeuten beskriver rationen för det narrativa arbetet, är konkret om vad som ska hända härnäst samt betona värdet av att skapa en självbiografi (positiva aspekter av processen och resultatet). Följande självbiografiska analogi tillhandahålls: man ska undersöka det förflutna så att man kan leva i nuet. Scheman som identifieras i klientens berättelse är inte giltiga i det

nuvarande ögonblicket. D v s "Detta var då – det här är här-och-nu".

Session 9: Utveckla en minneshierarki

Vilka minnen ska man lägga in i en minneshierarki för den narrativa terapidelen och hur många? Svaret är: de som är mest framträdande och funktionsstörande. Man ska välja ett minne som återkommer ständigt, ett "ikoniskt minne". Teman kommer att framträda om det finns flera traumatiska minnen. Terapeuten ska informera klienten om att man inte kommer att hinna gå igenom alla traumatiska händelser om det finns väldigt många. Man ska välja maximalt 2-3 olika traumatiska händelser att arbeta med, och man ska välja dem utifrån olika teman.

Session 10: Det första narrativet (berättelsen om traumat)

Man börjar med att öva på ett neutralt minne, att berätta en historia med en början, en mitt och ett slut. T ex "Jag vill att du ska berätta för mig hur du lämnar detta rum, vad du ser, hör, gör... det är exakt på detta sätt som vi kommer att göra med ditt traumatiska minne... jag vill att du ska berätta om ditt traumatiska minne med ännu mer detaljer". Man ska se till att spela in sessionen. Cloitre med kollegor berättade om hur användbart det är att använda sig av inspelningar som klienten får lyssna på istället för att klienten ska skriva om traumat. En stor fördel med att klienten lyssnar på sig själv är att klienten utvecklar en medkänsla med sig själv när hen hör sig själv berätta om de traumatiska händelserna. Därefter instruerar terapeuten klienten att berätta om traumat rakt på sak. T ex "Gå tillbaka i tiden, uttryck dig i presens när du berättar, och berätta för mig första gången som din far tog dig till källaren". Efter återberättandet genomför man en debriefing/grundande övning. Man gör det genom att hålla kvar ögonkontakten med klienten och säga något i stil med "Titta runt omkring dig i detta rum... du är här med mig nu, det är ok". Sedan lyssnar man på inspelningen tillsammans. Detta är mycket mer stödjande för klienten än att hen lyssnar på inspelningen hemma själv. Man genomför en schemaanalys

under tiden som båda lyssnar på inspelningen. Slutligen får klienten en hemuppgift till nästa session som är att lyssna på inspelningen en gång per dag, dock inte samma dag som sessionen har ägt rum eftersom klienten redan har lyssnat på inspelningen.

Session 11-15: Fortsättning av narrativa sessioner (berättelser om trauman)

Under klientens återberättande av traumat påminner terapeuten klienten om att stanna kvar i de känslor som minnet av traumat framkallar, samt i detaljerna av händelsen. Man använder skattning av subjektivt obehag (0-10), och spelar in både narrativet av trauma

mat och schemaanalysen. Klienten ska tänka på traumaminnets samt vad det betyder för klienten själv. Där efter ska man vid behov genomföra en omtolkning av traumaminnets

Riktlinjer för narrativ terapi

Terapeuten ska vara konkret med när klienten ska lyssna på ljudinspelningen. Detta ska vara en trygg och tyst plats. Man ska understryka vikten av att klienten tar hand om sig själv, och man bör beakta möjligheten att en partner kan stödja klienten under processens gång. Det kan vara viktigt att man som terapeut är tillgänglig för klienten särskilt under den första veckan när klienten återberättar sina trauman. Man bör identifiera andra resurser som klienten har, och normalisera känslomässig smärta. Det rekommenderas att terapeuten visar klienten stöd och tar kontakt under den första veckan när klienten lyssnar på ljudinspelningen.

Att förlänga narrativet genom att arbeta med förluster

Cloitre visade följande citat för att illustrera betydelsen av att man hjälper klienten att bearbeta sorger och förluster: "Att sörja över förlorade möjligheter, för barndomen, för att man har förlorat oskulden, för förluster långt tillbaka i tiden är svårt, för traumatiska förluster som inte innefattar omedelbar död...". Man har som terapeut en uppgift att vara ett vittne till klientens sorger och förluster tidigare i livet och i nuvarande livsomständigheter.

Session 16: Sista sessionen

Här lyfter man fram de framsteg som klienten har åstadkommit i behandlingen. Vilka färdigheter för vilka typer av situationer har varit effektiva? Terapeuten frågar vad klienten har fått ut av behandlingen. Har klientens negativa scheman förändrats adekvat? Man går igenom betydelsen av traumat i kontexten av klientens nuvarande liv. Man fokuserar på framtida mål och utmaningar och frågar klienten vad hen vill uppnå ytterligare. Man bör också fokusera på återfallsrisk.

Tillämpning av STAIR-delen i gruppformat

STAIR-delen i gruppformat skiljer sig från STAIR-delen i individuellt format på följande punkter:

- STAIR-delen i gruppformat består av 10-12 sessioner jämfört med 8 sessioner i individuellt format.
- I STAIR gruppformat fokuserar man 1 session på varje kanal av den känslomässiga upplevelsen i känsloregleringsavsnittet (känslomässig-kognitiv-beteende).
- Grupperna är stängda (ingen rotering).
- STAIR gruppterapi kan genomföras innan, under eller efter traumafokuserad terapi.
- STAIR gruppterapi innefattar dessutom följande interpersonella teman: intimitet samt medkännandeövning som ett avslut.

Fördelar med STAIR-delen i gruppformat

Följande fördelar med STAIR i grupp presenterades:

- Rikare med ett flertal olika schemaformuleringar och ett bredare utbud av alternativ.
- Främjar rollspel.
- Delad inlärning (man lär sig mer från varandra i gruppen).
- Bättre färdighetsutveckling (man lär sig vad man exakt ska säga).
- Man hjälper varandra att motverka undvikanden och isolering.
- Man ökar medkänslan med sig själv genom sin medkänsla med andra klienter i gruppen.

STAIR-NT är i färd att bli en evidensbaserad kognitiv beteendeterapi för kronisk PTSD

Cloitre uppgav att man för närvarande genomför en randomiserad studie av krigsveteraner med PTSD, och att om denna studie faller väl ut kommer STAIR troligen att uppfylla kriterierna för en evidensbaserad psykoterapi för PTSD.

Referenser

Cloitre, M., Jackson, C. & Weiss, B. (2015). Flexible application of STAIR narrative therapy. Presented at the 31st annual meeting of the International Association for the Treatment of Traumatic Stress 4-7 november, New Orleans, Louisiana, USA.

Cloitre, M., Cohen, L.R., & Koenen, K.C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: The Guilford Press.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.

Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Miranda, R. & Chemtob, C. M. (2004) Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 411-416.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., et al. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924.

Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J. Lu (Lassell)F. (2012). An examination of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, 29, 709-717.

Gudino, O.G., Weis, J.R., Havens, J.F., Biggs, E.A., Diamond, U.N., Marr, M., Jackson, C., & Cloitre, M. (2014). Group trauma-informed treatment for adolescent psychiatric inpatients: a preliminary uncontrolled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 496-500.

Gudino, O.G., Leonard, S., & Cloitre, M. (2015). STAIR for Girls: A Pilot Study of a Skills-Based Group for Traumatized Youth in an Urban School Setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-13.

Levitt, J. T., Malta, L. S., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1419-1433.

Trappler, B., & Newville, H. (2007). Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatric Quarterly*, 78, 317-325.

Grattis: Frida Andersson!

Du har vunnit en KBT-bok. Ta kontakt med BTF:s kanslist Justina Gudelyte som nås på btf.kansli@gmail.com för att få en lista över tillgängliga böcker!

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av

Beteendeterapeuten är

10 april 2016

Maila ditt alster till Anna Eriksson:

marvelette@hotmail.com

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, 2015-12-05

Styrelsen samlades den 5:e december på kansliet i Stockholm. Dagen bestod av både rapporter och formalia och diskussioner om framtida utvecklingsområden.

Ekonomisk rapport

IKANO-banken har avslutat vårt konto eftersom denna typ av tjänst inte längre erbjuds.

Medlemsstatistik

Vår förening har totalt 1091 medlemmar, varav 673 medlemmar och 418 stödmedlemmar.

Hemsida & IT

Kumpan är i slutfasen av arbetet med nya hemsidan och kommer inom kort presentera produkten.

Media och opinion

Styrelsen fortsätter arbetet med att sprida information om evidensbaserad behandling. Under år 2016 kommer bland annat representanter från riksdagspartierna, myndigheter och patientföreningar att få nyhetsbrev ungefär en gång i månaden om föreningens arbete och nyttan av att implementera evidensbaserad behandling. I samband med detta kommer de även att bjudas in till olika tillfällen under året där kontaktytor kan etableras, exempelvis det öppna spåret under årsmötet i mars, en eventuell medverkan under Almedalsveckan, samt framförallt EABCT i Stockholm.

Studerandenätverket

Antalet studerandemedlemmar har ökat. Nätverket besöker PS16.

Beslutspunkter

EABCT- datorköp

Styrelsen beslutar att BTF bekostar inköp av hälften av

datorerna för EABCT, ca 10 stycken. Den andra hälften bekostas av sfKBT. Detta då hyra datorer inte utgör ett billigare alternativ.

Bedömning av medlemskriterier

Det finns ett behov av förtydligande gällande vilka intyg som ska lämnas in som underlag för medlemsbedömningar. Styrelsen beslutar därför att:

- För samtliga psykologutbildningar räcker intyg på 120 fullgjorda handledningstimmar i KBT, allt intyg med kompletterande timmar.

- För samtliga universitetsbaserade legitimationsgrundande psykoterapeututbildningar i KBT krävs endast examensbevis.

- För grundläggande psykoterapeututbildningar samt psykoterapeututbildningar anordnade av privata aktörer krävs examensbevis, utbildningsplan (i vilken inlärningsteori och beteendeanalys ingår) och intyg på 120 timmar handledning i KBT.

- För grundläggande psykoterapeututbildningar som anordnats i samarbete med BTF krävs endast examensbevis.

Frågor för fortsatt beredning

Placering av föreningens medel

Det finns ett behov att placera föreningens pengar. Styrelsen har beslutat att en beredningsgrupp tillsätts för att utreda frågan om placering.

Uppdatering efter styrelsemötet

Enligt styrelsemötet den 5:e december har ett första nyhetsbrev till politiker och andra intressanta personer författats och kommer att skickas i slutet av januari.

För styrelsen,

Monica Buhrman

Styrelsen:

Linda Jüris, ordförande
Henrik Engelmark, medlemssekreterare
Ljufur Dagsson, kassör
Erik Hjalmarsson
Andreas Karlsson
Li Wolf
Diana Fabian
Margareta Bylund Andersson
Lise Bergman Nordgren
Lena Fagerström
Alexander Rozental
Monica Buhrman
Frida Andersson
(studeranderepresentant)

Mediakontakt:

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

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist
bff.kansli@gmail.com
KBT-listan (Justina Gudelyte)
bff.listadmin@gmail.com
Anders Görling, webbredaktör
Revisorer:
Rio Cederlund, Johan Wetterlöv
Revisorssuppleanter:
Håkan Wisung, Olof Johansson
Valberedning:
Vendela Zetterqvist, Gösta Liljeholm, Maria Gustavsson
Hemsidor och IT:
Lars Ström

Handledarkommittén:

Eva Magoulias, Lisa Grönblad,
Malin Levin, Marianne Lundahl

Nätverk:

Studerandenätverket
(kontaktperson: Frida Andersson)

Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:

Per Carlbring, Mark B. Powers
Biträdande red CBT:
Gerhard Andersson, Maria Tillfors, Michael J. Zvolensky,
R. Nicholas Carleton



För tredje året arrangerar Anna Ehnvall KBT-Kompetens, Astrid Palm-Beskow samt Oxford Cognitive Therapy Centre

Handledar- och lärarutbildning i KBT

med start i Göteborg 9 januari 2017

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

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart, fördelad på sex studieveckor. **Anmälan senast 1 november, 2016**

Läs mer på www.ehnavallkbtcompetens.se

Psykologpartners kommande utbildningar

Samtal som fungerar - en praktisk utbildning utifrån Funktionell interaktionsanalys
Stockholm den 21-23 mars

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre fristående delar
Del 1: Inlärningsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT
Stockholm den 5-6 och 18-19 april
Göteborg den 8-9 och 15-16 september
Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning
Malmö den 28-29 april
Stockholm den 16-17 juni
Del 3: Färdighetsträning i ACT
Stockholm den 9-11 februari
Göteborg den 24-25 maj och 13 juni
Malmö den 25-26 augusti och 2 september

Grundutbildning i Motiverande samtal (MI) med kodning av eget samtal
Linköping den 7-8 april och 15 juni
Stockholm den 31 augusti, 1 september och 13 oktober
Göteborg 4-5 oktober och 22 november

Fortsättningsutbildning i Motiverande samtal (MI) med kodning av eget samtal
Stockholm den 1-2 juni och 18 augusti

Att prata med ungdomar som upplevt trauma, missbruk, ångest eller depression
Göteborg den 30 mars

Föreläsningsserie: Johan Holmberg, Samtal som fungerar
Malmö den 15 april

Att förstå och möta autism, ADHD och andra neuropsykiatriska funktionsätt
Linköping den 18 april

Beteendeterapi och ACT för unga
Stockholm den 20 april

Att möta ensamkommande barn
Linköping den 10, 12, 17 och 19 maj

Funktionell känslohantering
Göteborg den 9-10 och 16 juni

Handledning inom socialt arbete, KBT-inriktning
Stockholm den 14-15 september, 5-6 oktober, 9-10 november, 7-8 december, 25-26 januari, 22 februari och 22 mars

Kurs i parterapi utifrån Integrative Behaviour Couples Therapy, IBCT
Stockholm den 28-30 september

Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag
Stockholm den 21 april
Malmö den 8 september

Bli en bättre behandlare - öka dina färdigheter i internetbehandling
Stockholm den 22 april

Specialistkurs för psykologer: Handledning utifrån beteendeanalys
Stockholm med start i februari. Fullbokad, ny omgång ges hösten 2016

Specialistkurs för psykologer: Motiverande Samtal, MI
Göteborg den 17-18 mars och 29 april och tre dagar under hösten 2016 som bokas med gruppen

Specialistkurs för psykologer: Forskningsmetodik inom klinisk psykologi (under ackreditering)
Stockholm den 2-4 maj och 30-31 maj

Specialistkurs för psykologer: Acceptance and Commitment Therapy, ACT
Stockholm den 6-8, 20-21 september och 11 oktober

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



psykologpartners