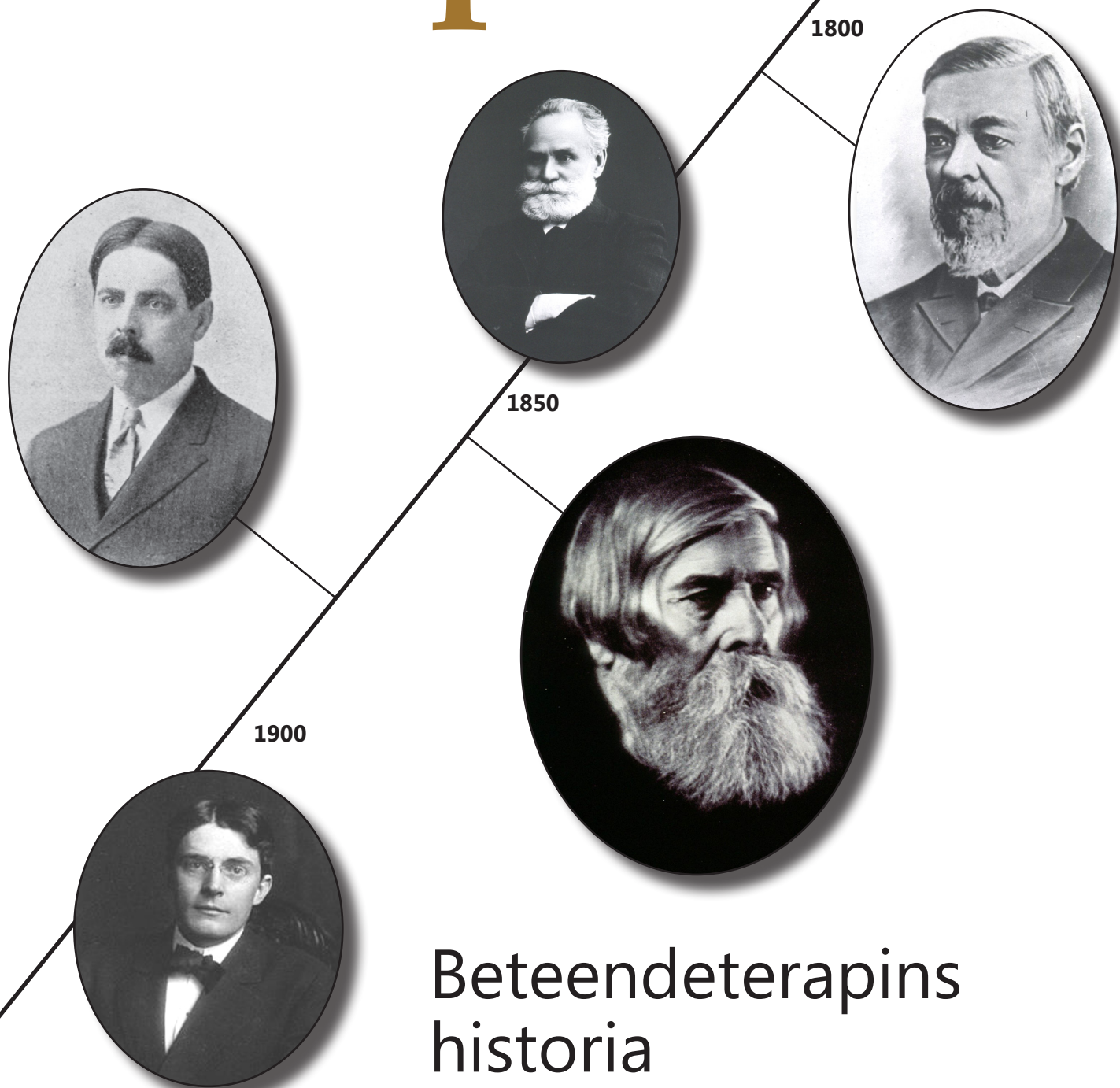


Beteende terapeuter



Beteendeterapins historia

– från Sechenov till Watson

Mark Williams – Workshop om mindfulness mot återfallsdepression
Unified Protocol – På besök hos David Barlows team i Boston
Sorg efter ett barns självmord – en studie av **Ludmilla Rosengren**

Beteende terapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare
Johan Westöö
Michaela Johansson

Styrelsen

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

Redaktionellt

Efter några veckors semester (jodå, jag är mer positiv till sommarvädret än förra året) var det återigen dags att ta itu med vår kära tidning. Jag och redaktionskollegan Johan kunde konstatera att den positiva trenden håller i sig – allt fler medlemmar bidrar med material till Beteendeterapeuten. Det är en väldigt glädjande utveckling, eftersom tidningen blir så mycket bättre. Så fortsätt att skicka in material!

I höstnumret rapporterar Beteendeterapeutens krönikör Michaela Johansson från BABCP:s årskongress i London, där hon deltog i två workshops. Mark Williams är ett välkänt namn för många BTF:are, medan ”Method of levels” var något helt okänt i alla fall för mig.

Unified Protocol är en transdiagnostisk behandling som väckt stort intresse de senaste åren. Nu har manualen översatts till svenska, och recenseras i detta nummer. Mats Jacobson delar med sig av sina upplevelser från ett besök hos David Barlows forskarteam i Boston, där han fick lära sig mer om UP och ta del av den senaste forskningen på området. Missa inte heller den första delen av två om beteendeterapins historia, tjänstfullt sammanställd av Erik Hjalmarsson. Fortsättning följer i nästa nummer!

Anna Eriksson
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

Beteendeterapins historia.....	4
Vill ge folk insikter och utmaningar – varje dag!.....	9
Mark Williams på BABCP.....	10
Method of Levels.....	12
Veckoseminarie med Marsha Linehan.....	14
Unified Protocol – På besök hos Barlows team i Boston.....	16
Boktips: Unified Protocol manual och arbetsbok.....	18
Sorg efter ett barns självmord.....	20
Notiser.....	24
Oönskade effekter av psykologisk behandling.....	25
Anteckning nummer 8: Den psykoterapeutiska relationen.....	26
Styrelsesidor.....	28
Krönika: På västfronten en massa nytt.....	30

Manusstopp för nästa nummer: 10 november 2013
Bidrag skickas till: marvette@hotmail.com
Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Courtesy of the National Library of Medicine

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare: Min drivkraft är att förvalta medlemsengagemanget!

3-2-1-0! Nedräkningen skulle kunna handla om antalet semesterdagar jag har kvar då denna krönika nedtecknas under min sista semestervecka, men så är inte fallet. Under kommande BTF-årsmöte i Göteborg 2014 kommer jag att lämna styrelsen efter fem års tid, så nedräkningen handlar om hur många krönikor jag har kvar att skriva i Beteendeterapeuten innan pennan, och ordförandeklubban, lämnas över till en ännu okänd efterträdare. Eftersom jag fortfarande är småbarnsförälder som inte hunnit vara med om att barnen blir vuxna och flyttar hemifrån, och eftersom jag inte arbetat med någon enskild patient under så lång tid som fem år, så har jag inte riktigt någon liknande erfarenhet att relatera till som beskriver hur det nu känns att vara på väg ifrån BTF-styrelsen. Så, jag passar på att reflektera kring upplevelsen här, med vetskap om att detta kommer läsas av andra som varit i min sits tidigare.

För vänner och bekanta som inte är en del av KBT-sfären upplever jag det ofta som svårt att förklara vad det är med BTF som känns så viktigt och starkt, vad som gör föreningen så bra. Under mitt liv har jag varit med i både större och mindre, aktivare och lugnare, föreningar, och något som utmärker BTF är bredden i olika typer av medlemsengagemang – föreningen är som bäst i skärningspunkten mellan de som lägger ner massor av tid och kraft på BTF och de som främst reflekterar, kommenterar och diskuterar föreningens göromål. Det skulle kunna vara en uppdelning mellan unga aktiva medlemmar med massor av fritid och äldre erfarna medlemmar med massor av visdom, men vår förening är inte segregerad på det viset – även de som varit med länge deltar i styrelsen, utskott och arbetsgrupper, och även de som nyligen blivit medlemmar delar med sig av sina tankar och funderingar kring hur BTF kan bli en bättre förening. Som ledamot och senare även ordförande i styrelsen har min främsta drivkraft varit att förvalta allt detta medlemsengagemang på ett sätt som ger så mycket positiva effekter som möjligt till så många som möjligt. När det varit tungt och motigt i föreningen har

Det kan konstateras att i både vått och torrt har BTF väldigt engagerade medlemmar!

känslan varit mer att hantera allt engagemang snarare än att förvalta det, och när det mesta flutit på bra har jag i det närmaste surfat på vågen av medlemsengagemang – det kan konstateras att i både vått och torrt har BTF väldigt engagerade medlemmar!

Under det senaste halvåret har jag alltmer funderat på vad jag egentligen gjort för BTF, och vad jag lämnar efter mig till kommande styrelse. På ett sätt kan det kännas lite otacksamt att föreningen under alla år jag varit medlem fungerat så bra; om föreningen varit i en större kris när jag valdes in i styrelsen som jag under min tid här lyckats vända så hade arbetets frukt varit mer greppbar. Ska jag nu i korthet summera min tid i styrelsen så tog vi över en välfungerande förening och lämnar även en välmående förening vidare till nästa styrelse. Kanske är det bedrift nog att inte ha gått på grund? Mitt i allt detta BTF-internt navelskådande

Ska jag nu i korthet summera min tid i styrelsen så tog vi över en välfungerande förening och lämnar även en välmående förening vidare till nästa styrelse.

funderande har det varit fantastiskt att få vara med om en så stor omvälvning av styrelsen som årsmötet i Uppsala innebar där nästan två tredjedelar av styrelsen byttes ut av nya friska krafter! Nya mål formuleras, nya bågar spänns, och tidigare upparbetade arbetsrutiner och strukturer sätts på prov på ett sätt som vitaliserar föreningen.

Det må låta underligt, men jag börjar i sammanhanget känna mig gammal, jag känner att jag snart ”gjort mitt” i styrelsen, och ser fram emot att efter årsmötet i Göteborg sätta mig på ”gammelbänken” med tidigare styrelserävar och prata om hur det känns att inte längre ha samma insyn och kontroll, att reflektera över hur dagens BTF skiljer sig åt mot hur det såg ut på ”vår tid”. Just nu känns det hela hisnande!

Björn Paxling
Ordförande
Beteendeterapeutiska föreningen



Beteendeterapins historia

-en tillbakablickande genomgång

Text: Erik Hjalmarsson

Foto: Courtesy of the National Library of Medicine



Foto: Privat

Om artikelförfattaren Erik Hjalmarsson:

Jag arbetar som psykolog på en psykiatrisk mottagning i Helsingborg som heter Södermottagningen, en mottagning som bedriver evidensbaserad vård med beteendeterapi och KBT som psykologisk grund. För mig har det länge varit viktigt att sätta in det vi gör i terapirummet i ett bredare kunskapsmässigt sammanhang och då ställt mot bakgrund av psykologisk

teori och vetenskapsfilosofiska utgångspunkter. Då jag inom ramen för min psykoterapeututbildning i Uppsala fick möjlighet att välja en fri kurs, tog jag möjligheten att fördjupa mig i just detta. Denna artikelserie är en kortare sammanställning av beteendeterapins forskningshistoria som kommit ur denna fördjupningskurs.

Beteendeterapin som terapeutisk skolbildning anses ha etablerats under 1960-talet då man som internationell rörelse enades om gemensamma grundläggande vetenskapsteoretiska och metodologiska utgångspunkter vad gällde studiet och behandlingen av problembeteenden hos människor. Vägen dit var lång och sträckte sig över nästan 100 år. Nedan följer en historisk genomgång av forskningsutvecklingen inom fältet, av centrala teorier inom behaviorismen samt hur utvecklingen av ett nytt paradigm inom psykologin kommit att formeras. Utrymme har getts åt de personer som mer än andra bidragit till att etablera beteendeterapin som alternativ till psykoanalytiskt orienterade terapiformer. På grund av begränsat utrymme har således ett stort antal personer och teorier tvingats utanför denna genomgång, vilken följaktligen inte ska betraktas som komplett.

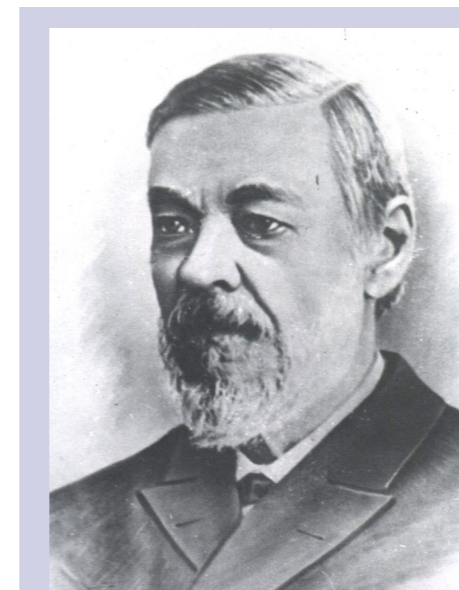
Objektivism och experimentell metod - rysk fysiologi under senare delen av 1800-talet

En viktig antecedent till behaviorismen var det arbete som utfördes av tre ryska neurofysiologer, Ivan M. Sechenov, Ivan P. Pavlov och Vladimir M. Bechterev, under senare delen av 1800-talet och i början av 1900-talet. De tog avstånd från de subjektiva förklarande

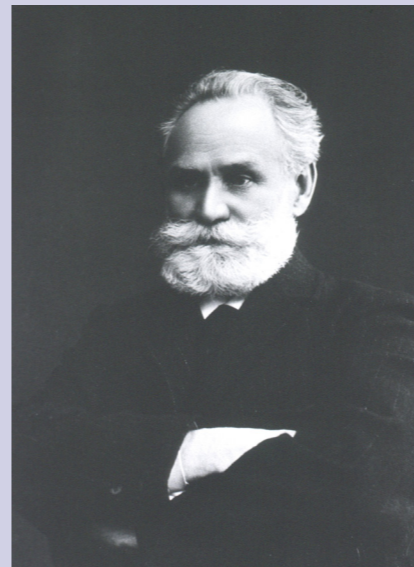
modeller som dominerade psykologin under den tiden och arbetade utifrån objektiva vetenskapliga metoder och med experimentell metod.

Den anatomiskt och psykologiskt skolade **Sechenov** (1829-1905) var den som började använda en experimentell design i Ryssland i sina fysiologiska studier av neurala processer i hjärna och nervsystem hos djur, och hävdade, mot bakgrund av sina resultat, att alla beteenden är reflexiva och primärt orsakade av yttre stimuli. Sechenov hävdade att detta också gällde beteenden hos människor, och menade att det korrekta sättet att närma sig den mänskliga psykologin var genom att studera observerbara reflexer. Psykologin borde, enligt Sechenov, överge ogrundade och metafysiska antaganden och istället, genom objektiva metoder, studera mänskligt beteende och dess yttre orsaker.

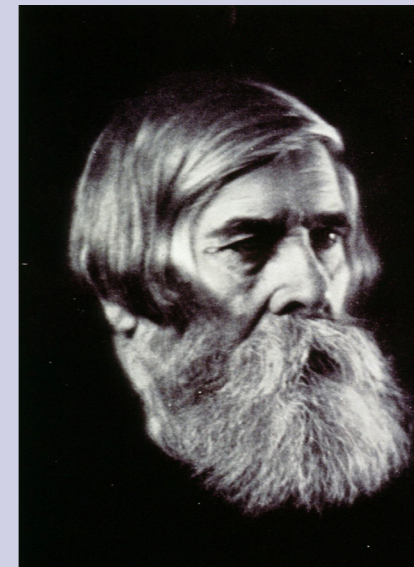
Pavlov (1849-1936), som likt Sechenov använde metoder från fysiologin för att studera neurala funktioner hos djur, undersökte sambandet mellan yttre stimuli och inre fysiologiska reaktioner vid matsmältning hos hundar. Genom sina systematiska objektiva studier av inlärd reflexer fann Pavlov att det gick att väcka en specifik reflex (*conditioned reflex*) med hjälp av ett neutralt stimulus (*conditioned stimulus*) om detta stimulus



Ivan M. Sechenov



Ivan P. Pavlov



Vladimir M. Bechterev



Edward L. Thorndike

tidigare parats upprepade gånger med ett annat stimulus (*unconditioned stimulus*) som naturligt väckte en sådan reflex. Pavlov studerade flera processer som rörde hur reflexer utvecklades och försvinner och formulerade principer för inläring som rörde förstärkning av reflexer, utsläckning av inlärd reflexer, generalisering av reflexer och diskriminering av reflexer. Ett annat område, specifikt för människor, som intresserade Pavlov var mer avancerade neurala processer kring språk och inläring. Han föreslog att språk och andra inre

stimuli, som kommit att associeras med yttre inlärd och icke inlärd stimuli efterhand också kan väcka reflexer och att detta kan förklara uppkomsten av mer komplexa mänskliga beteenden.

Bechterev (1857-1927) var verksam samtidigt som Pavlov och studerade, likt sin landsman, reflexer utifrån ett fysiologiskt perspektiv. Han benämnde inlärd reaktioner *associativa reflexer* och använde sig av elstötar parade med tidigare neutrala stimuli (t ex ljud) för att väcka motoriska responser hos sina studieobjekt som bestod av både djur och människor. Bechterev menade att det enda som var lämpligt att studera vad gäller psykologins område var observerbara reaktioner hos individer, och förklarade hur reflexer, och kombinationer av reflexer, gav upphov

Systematiska studier av inläring hos djur - runt 1900

Charles Darwins nya teorier inom biologin gällande evolutionär anpassning i arters genetiska disposition stimulerade ny forskning inom psykologin, och under slutet av 1800-talet började olika psykologiskt skolade forskare studera inläring och observerbara beteenden hos djur. Man utgick ifrån Darwins antaganden om evolutionär kontinuitet över arter och att det finns gemensamma egenskaper

Thorndike upptäckte att inläring verkade vara en funktion av direkt erfarenhet utifrån trial-and-error.

som delas av djur och människor. En av de första som på ett systematiskt sätt studerade djurs beteenden med experimentell metod var **Edward L. Thorndike** (1874-1949). Han var verksam vid Harvard och observerade hur beteenden hos flertalet olika djur (kycklingar, katter, hundar, fiskar och apor) etablerades och utvecklades. Thorndike upptäckte att inläring verkade vara en

Thorndike formulerade två större principer för inläring: *The law of effect* och *The law of exercise*. Den första principen innebar att av de responser som uppstår i en given situation kommer de som leder till ett tillfredsställande utfall att stärkas och de som leder till obehag att försvagas. Om en organism åter hamnade i samma situation var sannolikheten större att de tidigare responserna uppstod än att de senare gjorde det. Senare omformulerade Thorndike *The law of exercise* till att enbart gälla för gynnsamt utfall av responser, alltså inte för när responser efterföljdes av obehag. Den andra principen innebar att relationen mellan situation och respons blev starkare ju fler gånger responsen uppstod i den givna situationen. Thorndike menade att dessa principer för inläring också gällde för människor, och misstänkte att människors förmåga till intellektuella resonemang ofta dolde de verkligt styrande inlärningsprinciperna. Han beskrev istället att vårt intellekt, snarare än att vara en unik mänsklig företeelse, var en direkt följd av art-specifika medfödda instinkter samt direkt inläring. Thorndike skrev (2000, s. 251): *"The facts of imitation in human and animal behavior are explainable by the laws of instinct, exercise and effect"*.

Detta nya sätt att studera organismer, med fokus på experimentell design och påverkan, objektivitet vad gäller mätmetoder och mätobjekt samt undanröjande av mentalistiska förklaringsmodeller vad gäller mänskligt bete-

ende, skulle senare komma att synas i tidiga behavioristiska teorier och metodansatser.

Strukturalism - funktionalism - behaviorism - 1900 - 1920

De två dominerande strömningarna inom den amerikanska psykologin i början av 1900-talet var strukturalism och funktionalism. Inom den strukturalistiska psykologin, grundad av Edward B. Titchener (1867-1927), var fokus på att kategorisera och definiera

till yttre beteenden hos människor och djur. Mer komplexa beteenden, menade Bechterev, består av en serie motoriska reflexer som kommit att associeras genom parad inläring och han var övertygad om att de frågeställningar som psykologin stod inför vid den tiden kunde besvaras genom att studera just reflexer. Inflytandet av dessa ryska fysiologers arbete på senare forskning och teoribildning inom studiet av inläring hos människor och djur var stort.

funktion av direkt erfarenhet utifrån trial-and-error och han såg ingenting som talade för att beteende hos djur var ett resultat av deras medvetande eller inre liv. Hans tidiga forskningsresultat, som presenterades i ett flertal artiklar publicerade mellan 1896 och 1901, lade grunden för en generell teori om inläring - *connectionism* - där Thorndike menade att inläring skulle betraktas som en förändring i styrka hos sambandet mellan en situation och en respons utifrån tidigare direkta erfarenheter.

medvetandet genom att identifiera dess gränser och klassificera dess olika delar. Den funktionalistiska psykologin, som inspirerats av den nya biologin och Charles Darwins teorier om evolutionär anpassning, studerade också det mänskliga medvetandet. Målet var dock inte att beskriva och kategorisera dess innehåll och delar, utan fokus låg snarare på att kartlägga dess funktion, dess förmåga till anpassning och dess framåtorienterade handlande. Den kanske mest kända företrädaren för denna ansats var William James (1842-1910) och det som var gemensamt för båda dessa olika skolor var att de studerade medvetandet, och att detta gjordes med hjälp av introspektiva metoder.

Behaviorism som psykologisk forskningsansats presenterades först av John B. Watson (1878-1958) under 1900-talets andra decennium. Även om de idéer som Watson presenterade inte var nya, de gick att spåra till tidigare forskning kring reflexer och beteenden hos djur samt till den objektiva experimentella metodologi som använts där, så var det han som mest tydligt formulerade och sammanfattade dessa idéer till en enhetlig teori. Watson tog avstånd från den introspektiva strukturalistiska och funktionalistiska psykologins metoder och studieobjekt och menade att psykologin istället

skulle betraktas som en naturvetenskaplig disciplin, och därmed sträva efter objektivitet och möjliggöra experimentell påverkan. Introspektion, hävdade Watson, gav inte svar på de relevanta frågorna inom psykologin och medvetandet som studieobjekt var svagt definierat och svårtillgängligt för observation. Den strukturalistiska samt den funktionalistiska psykologin som den var formulerad under tidigt 1900-tal resulterade i fler frågor än svar och borde därför överges till förmån för

Introspektion, hävdade Watson, gav inte svar på de relevanta frågorna inom psykologin och medvetandet som studieobjekt var svagt definierat och svårtillgängligt för observation.

en mer objektiv experimentell ansats. Watson ansåg att psykologin som disciplin skulle utslutas studiet av medvetandet och istället ägna sig åt att objektivt studera organismers (inklusive mänskligt) beteende, och på detta sätt närma sig den fysiologiska vetenskapens metoder snarare

än filosofins. Som Watson formulerade i sin bok Behaviorism (1966, s.6): *"The behaviorist asks: Why don't we make what we can observe the real field of psychology? Let us limit ourselves to things that can be observed, and formulate laws concerning only those things. Now what can we observe? We can observe behavior - what the*

organism does or says. And let us point out at once: that saying is doing - that is, behaving. Speaking overtly to ourselves (thinking) is just as objective a type of behavior as baseball." Behaviorismen, enligt Watson, var en naturvetenskaplig forskningsdisciplin, som i metoder och studieobjekt låg närmare fysiologins område än filosofins. Skillnaden jämfört med fysiologin var att man, utöver ett intresse för inlärda reflexer, också intresserade sig för hela organismens beteenden och förmåga till anpassning. Man sökte svar på frågor som gällde hur man kunde förutsäga och påverka mänskligt beteende, och genom experimentell metod ville man med hög sannolikhet kunna förutsäga vilken respons som följde av ett givet stimulus. Watson menade att psykologin därför skulle studera olika yttre stimuli och de responser som de gav upphov till, och han föreslog att den metod som tidigare använts inom fysiologin för att studera inlärda reflexer skulle ersätta den introspektiva metod som användes av strukturalister och funktionalister.

Watsons S-R-psykologi

Alla mänskliga beteenden, inklusive tankar, språk, känslor och fysiologiska reaktioner, var responser, och dessa styrs av samma inlärningsprinciper. Alla responser väcktes i sin tur av stimuli, som för Watson var allt som vi

kunde uppfatta genom våra sinnen och känna i vår kropp.

"Our environment - our world of stimuli - is thus not only one of external objects, sights, sounds and smells; it is one of internal objects as well - hunger contractions, bladder distensions, palpitating heart, rapid breathing, muscular changes and the like" (Watson, 1966, ss. 74-75).

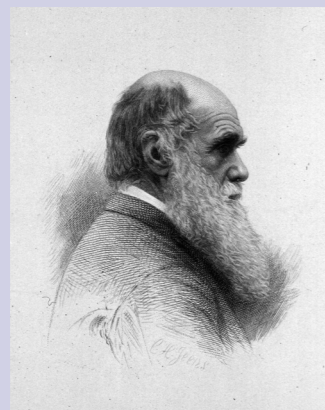
En respons, inre eller yttre; inlärdd eller icke inlärdd, innebar att en organism svarade på ett stimulus, genom att förändra sin fysiologiska disposition, på så sätt att det aktuella stimuluset inte längre gav upphov till några reaktioner. Watson baserade sina teorier om inläring på sina omfattande studier av spädbarn, och visade hur såväl känslomässiga reaktioner som overta responser kunde etableras genom inläring, och hur dessa kunde väckas genom specifik yttre stimulans. Han presenterade med grund i sina observationer en ny förklaringsmodell till psykopatologi,

där maladaptiva känslomässiga reaktioner och beteenden skulle betraktas som inlärda responser som etablerats genom parning av stimuli. Människors känslomässiga reaktioner bestod, enligt Watson, primärt av tre medfödda system, *fear, rage* och *love*, och kunde initialt väckas av ett litet antal stimuli. Andra känslomässiga reaktioner, eller väckande av känslomässiga reaktioner genom presentation av andra stimuli än de ursprungliga, var följder av inläring. Mänskligt tänkande kunde betraktas som tyst prat och formades tidigt i vårt liv av en historia av samtidig parning av yttre stimuli och vokala responser. Watson hävdade att de inlärda responserna, som etablerades enligt Pavlovs principer för inläring, var de byggstenar på vilka mänskligt beteende grundades och allt organismer gjorde härstammade från en komplex historia av reflexinläring. Mer komplexa beteenden, kedjor av yttre och inre responser, blir efterhand mer svårtillgängliga

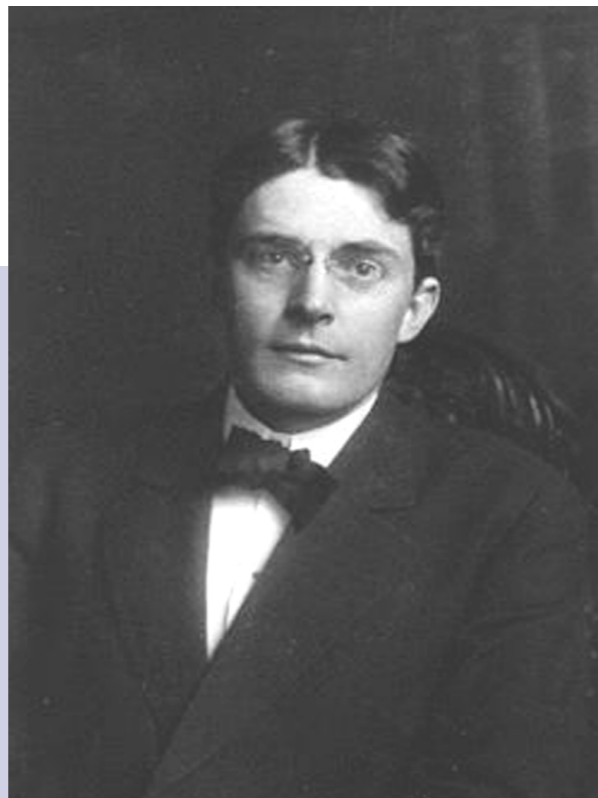
för observation men var, enligt Watson, i grunden en längre kedja av stimuli och responser, etablerade genom direkt inläring, där en respons kunde fungera som ett stimuli för nästa respons i kedjan.

"... the conditioned reflex is the unit of which the whole habit is formed. In other words, when a complicated habit is completely analyzed, each unit of the habit is a conditioned reflex" (Watson, 1966, s.207).

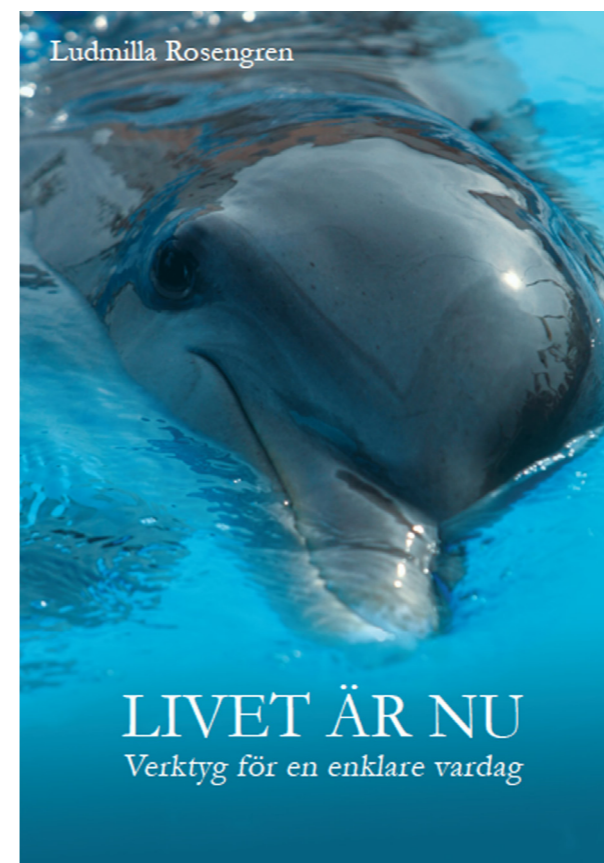
Nästa del av Beteendeterapiens historia kommer i nästa nummer av Beteendeterapeuten!



Edward B. Titchener grundade den strukturalistiska psykologin medan den funktionalistiska psykologin inspirerades av Charles Darwins teorier.



John B. Watson



Livet är nu

– en bok för ungdomar om acceptans och mindfulness

Förord av Anna Käver

149 kr + porto

www.kbtdittliv.se

Kommande utbildningar i Lund

Workshop med

Åsa Nilsonne

om

Självskadebeteende

1 heldag, 3 oktober 2013

Mindfulness (MBSR) för professionella med

Helena Bjuhr

det s.k.

8-veckorsprogrammet

oktober-december 2013

Tvådagars orienteringskurs med

Clas Malmström

om

”Hälsöångest, psykosomatik & somatisering”

30-31 januari 2014

Lyssna på en av Sveriges främsta specialister i ämnet!

3 föreläsningar med

Bengt E Westling

28-29 november 2013

1 heldag om

Beteendeeperiment

- ”B:et” i KBT

1 halvdag om

KBT-baserad fallformulering

- länken mellan KBT-teori och KBT-terapi

1 halvdag om

Kombinationsbehandlingar

- KBT och psykofarmaka

För mer information och anmälan besök vår hemsida:

www.kognio.se

Vill ge folk insikter och utmaningar – varje dag!

Niklas Laninge har utvecklat en mejltjänst för alla som gillar att lära sig saker men inte har tid. I grund och botten handlar det om beteendeaktivering.

Text: Anna Eriksson

Foto: Anna Loverus

Vem är du?

Niklas Laninge, studerar till psykolog på SU, delägare i Psykologifabriken och medgrundare av Hoa's Tool Shop som ligger bakom det digitala verktyget Viary. Gillar att förverkliga idéer och att göra enkla digitala lösningar.

Vad är Creativoly?

Tanken är att ge människor ett enkelt sätt att lära sig något nytt varje dag. Målet är att allt man lär sig ska omsättas så därför blandar vi fakta med utmaningar (beteendeaktivering). Just Creativoly är en av totalt sex kurser. Den fokuserar på kreativitet och just på den senaste forskningen som menar att kreativitet inte är något annat än specifika beteenden som vissa tränat på mer än andra.

Hur kom du på idén?

Idén kom från en kund som sett mig föreläsa om kreativitet. Hon gillade den forskning jag berättade om så mycket att hon sa att hon gärna skulle få små lärdomar varje dag. På ett sätt har vi redan experimenterat med detta, att ge människor små insikter och utmaningar varje dag, men jag vill göra tröskeln så låg som möjligt och valde därför att inte göra en app eller sajt utan köra den helt mejlbaserad.

Vilken är målgruppen?

Tjänsten är till för alla som gillar att

lära sig saker men som inte har tid eller ork att faktiskt göra det. Det är därför Creativoly kommer direkt i

mailboxen och att varje text aldrig är längre än 500 tecken. Hittills är det inte helt tydligt vem tjänsten är till för men det verkar som att det är lite av en ”älska eller hata”-tjänst. Vissa hör av sig till mig och säger att de älskar att få kunskapen i mejlen och att den är så kort att det inte är några problem att läsa den varje dag. De som är mindre nöjda med tjänsten ger exakt samma skäll!

Hur många använder tjänsten?

Nyss passerade tjänsten 1000 prenumeranter. Nu har jag sex kurser uppe på dailybitsof.com men Creativoly och kursen i ledarskap är helt klart populärast med 600 respektive 250 användare.

Hur kommer KBT/BT in i bilden?

Beteendeaktivering och beteendeeperiment är verkligen det jag fastnat för mest. Jag har aldrig varit så värd intresserad av klinisk psykologi men tycker att dessa principer bör appliceras på all typ av beteendeförändring. Vill du bli bättre på att fatta beslut eller bli mer kreativ så är det ju självklart att



Vill du bli bättre på att fatta beslut eller bli mer kreativ så är det ju självklart att vägen till detta går genom daglig träning.

vägen till detta går genom daglig träning. Utöver principerna så är många kurser jag skapar baserade på forskning från psykologer som arbetar med KBT. Ett exempel är kursen ”Daily bits of Imperfection” som är baserad på ett behandlingsprogram för just perfektionism skapat av psykologen Martin Anthony.

Hur ser planeringen framåt ut för Creativoly?

Nu har jag samlat alla sex kurser på dailybitsof.com. Jag har tre till kurser som strax är klara. Jag får numera hjälp av en kollega på Psykologifabriken och tillsammans har vi sagt att vi ska fortsätta att producera kurser baserade på böcker och psykologi som vi gillar. I sommar ska jag försöka få lite tid till att snygga till tjänsten också. Det här började verkligen som ett kul sidoprojekt, jag hade ingen aning om att intresset skulle vara så stort. En sak som hade varit riktigt kul är om fler psykologer hörde av sig och ville göra egna små ”mejlkurser” utifrån mitt format. Ett gäng användare har till exempel hört av sig och frågat om vi inte har någon kurs om stress på gång.

Mark Williams på BABCP: Förebyggande av suicid relaterade till återkommande depression

Forskningen har visat att Mindfulness Based Cognitive Therapy kan förebygga återfall i depression. Michaela Johansson deltog i Mark Williams workshop på en het dag under BABCP:s årskongress i London.

Text och foto: Michaela Johansson

Mark Williams från Oxford höll en heldagsworkshop under BABCP:s årskongress i London i juli med rubriken "Förebyggande av suicid relaterade till återkommande depression". Kongressen ägde rum under den värsta värmeböljan i England på många år, med upp till 34 grader. Det vore konstigt om det inte påverkade min förmåga att vara medvetet närvarande i de praktiska övningarna som hölls. Faktum är att jag, och långt ifrån bara jag, föll i

mikrosömn många gånger om. Professor Williams var imponerande professionell i hettan och hade en air av zen runt omkring sig. Workshopen var något löst upplagd i det att den inte innehöll några strukturerade komponenter såsom Powerpoint. Istället byggde professor Williams innehållet på vad deltagarna ville ha

ut av dagen. Hur han sedan betade av punkterna, med tonvikten på mindfulness snarare än suicidalitet, är en annan sak. Mina förväntningar var att få hjälp att göra just vad titeln antyder, men istället var fokus mer på hur man kan praktisera mindfulness. Jag övade att vara medvetet närvarande i den besvikelsen och fokuserade tillbaka på Mark Williams.

Forskningen (översiktsartikel Williams & Kuyken, 2012) visar att Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) kan förebygga återfall i depression för personer som har lyckats komma ur depressionen men är i riskzonen för att drabbas igen. Det kan då vara lättare att använda mindfulness för tolerera tankar som kommer, än det är under en pågående depressiv period. Interventionen har även visats vara effektiv i gruppformat över åtta veckor. Förmågan att distansera sig från sina tankar har visat sig förutspå lägre nivåer av återinsjuknande i depression, något som annars är mycket troligt efter fler än tre depressionsepisoder. Williams diskuterade med deltagarna hur ofta de själva praktiserar mindfulness. Många skamsna händer räcktes upp vid alternativet "aldrig". Myter kring hur man "måste" praktisera stacks hål

på, t ex att inte behöva öva sittande meditation i 45 minuter för att det ska "duga". Williams övade därför kortare inslag av mindfulness och meditation med oss, med tonvikten på att styra fokus tillbaka när uppmärksamheten drar iväg på sidovägar (negativa tankar, bilder eller metakognitioner om huruvida vi gör meditationen på "rätt" sätt). Detta var inte det lättaste i hettan som

på, t ex att inte behöva öva sittande meditation i 45 minuter för att det ska "duga". Williams övade därför kortare inslag av mindfulness och meditation med oss, med tonvikten på att styra fokus tillbaka när uppmärksamheten drar iväg på sidovägar (negativa tankar, bilder eller metakognitioner om huruvida vi gör meditationen på "rätt" sätt). Detta var inte det lättaste i hettan som

rådde, men det var hjälpsamt att öva. Speciellt trevligt var det när Williams utbrast "falling asleep is not a problem, it can be a really good one!" i relation till att en deltagare bekände sin slumner. Williams fortsatte vidare med att beskriva "beditation", vilket inte fungerar lika bra som uttryck på svenska. Det är mindfulness utlärt till barn, ungdomar och vuxna med sömnsvårigheter.

Det är inte underligt att MBCT tidigare kallades Attentional Control Training. Den olyckliga akronymen ACT gjorde att Williams var tvungen att ändra till MBCT (med en liten passus till Steven Hayes). MBCT, trots att det är baserat på traditionell Beckiansk KBT, handlar inte bara om att förändra antaganden och underliggande övertygelser om en själv, andra och världen. MBCT handlar om att förändra relationen till tankarna, snarare än innehållet. Övningar som traditionellt används inom KBT kan ha samma funktion, eftersom beteendet att skriva ner tankarna (eller rentav bara att hämta en penna) förändrar personens relation till tankarna. Det bringar distans till dem, men också förmåga att tolerera tankarna länge nog för att skriva ner dem. På så vis lär sig personen att beskriva en negativ tanke som just detta: en negativ tanke.

MBCT beskrevs vidare som en färdighetsträning snarare än en terapi, eftersom mindfulness handlar om mental träning. Benämningen "terapi" måste användas av försäkringsskäl i vissa länder, då det finns medel för saker



Professor Mark Williams var imponerande professionell i hettan och hade en air av zen runt omkring sig.

som är benämnda "terapi" snarare än "färdighetsträning". Då det är en praktisk behandling med moment som ska göras hemma, är det även viktigt att titta på faktorer som ambivalens och undvikanden. Williams hjälpte publiken att hantera dessa vanliga risker för mindre framgångsrika behandlingar genom att dela med sig av hur de gör på kliniken i Oxford. Han rekommenderade längre bedömningssamtal/intagningsintervjuer för personer som har tendenser till undvikanden, ruminer eller personer som är ambivalenta

till hur behandlingen kan hjälpa dem. Williams uttryckte att det kan vara hjälpsamt att sätta ord på dessa tvivel redan innan behandlingen börjar: "Här är din chans, ge det allt du har under två månader. Du kommer troligen att känna för att avsluta behandlingen i förtid, eller inte gå alls, men låt oss se hur vi kan gå bortom den impulsen att hoppa av. Håll utkik efter det och ta med dig de tankarna till "laboratoriet"."

Det känns som att dessa ord kan appliceras på många saker vi initialt har

MBCT handlar om att förändra relationen till tankarna, snarare än innehållet.

svårt att göra, vill undvika och avsluta i förtid. Jag tar med mig det till mitt eget yrkes- och privatliv. Här är min chans, jag kan ge det allt jag har och observera negativa tankar under tiden.

Williams, JMG. & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based Cognitive Therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *Br. J. Psychiatry* doi:10.1192/bjp.bp.111.10474

Method of Levels

- en rapport från BABCP:s årskongress i London

Method of Levels är en transdiagnostisk metod som beskrivs som förändring genom självutforskande. Michaela Johansson deltog i en heldagsworkshop och fann både likheter och stora skillnader mellan metoden och traditionell KBT.

Text: Michaela Johansson

Illustration: Michal Zachharzewski (sxc.hu)

Tim Carey och Sara Tai höll en heldagsworkshop om något som under-tecknad i ärlighetens namn inte hade hört talas om alls. Method of Levels är en transdiagnostisk metod som bygger på biologiska snarare än psykologiska teorier. Underbyggnaden till workshoppen var att tänka på följande frågor i relation till vårt dagliga arbete som KBT-terapeuter:

1. Vad gör dig till en bra terapeut?
2. Vad gör du i behandlingar som fungerar? Varför fungerar det?
3. Varför fungerar det inte ibland?

Med dessa tankar i bakhuvudet ombads vi att ta i åtanke några scenarier, rent pragmatiskt.

Det första som avhandlades var frekvens och duration av sessioner i behandlingar. Carey och Tai menade att om man låter personer själva få styra över hur ofta och hur länge de vill träffa en terapeut för behandling, blir resultatet att de flesta bokar in i genomsnitt 4-5 sessioner. De menade att litteraturen inte anger hur frekvent sessioner ska bokas in, utan att det är ett vanligt misstag att anta att exempelvis veckovisa sessioner skulle vara

mer effektivt än mer utspridda sessioner. Carey och Tai menade att de med denna metod, där patienterna helt tilläts styra sina egna sessionstillfällen, drog ner på totala antalet sessioner i genomsnitt (och därigenom eliminerade väntelistan) och dessutom drastiskt minskade antalet uteblivna besök, eftersom patienterna bokade in sina egna tider. Föreläsarna diskuterade detta med publiken, som genomgående under workshoppen kom med reflektioner och konstruktiv kritik. Undertecknad efterfrågade data som påvisar hur de har skurit ned väntetider och vad som händer med patienter som har suicid-tankar eller riskbeteenden och lämnas

Method of Levels är en transdiagnostisk metod som bygger på biologiska snarare än psykologiska teorier.

att boka nästa tid närhelst de vill. Svaret som gavs kändes inte helt självklart vad gäller att få till en balans mellan sjukvårdens ansvar och individens ansvar. Föreläsarna vidhöll att det fanns outliers i deras data, där någon enstaka patient tilläts boka så många som 50-talet sessioner, medan andra kom för

en session och sedan för nästa session fyra månader senare - därefter behövdes ingen mer hjälp. Det känns svårt att tillskriva KBT den förbättringen (eller Method of Levels, mer specifikt), med en sådan begränsad intervention och

det omöjliga i att kontrollera för ovidkommande variabler som kan ha lett till spontan tillfriskning.

Vad är då Method of Levels? Detta var fortfarande oklart efter lunchrasten och min irritation började växa något vid tanken på att ha slösat bort en hel dags workshop på något som för tillfället är dels svårt att förklara, dels svårt att lära ut och dessutom dåligt underbyggt med behandlingsstudier. Lärdomarna från Mark Williams workshop i mindfulness kom väl till pass för att låta tankarna komma och gå.

Method of Levels beskrevs som "förändring genom självutforskande", med användning av den terapeutiska alliansen som grund för att hjälpa patienten att hitta distans till olika övertygelser eller idéer som står i konflikt. Vid varje givet läge kan vi ha flera mål på samma nivå (level) som står i konflikt. Carey och Tai använde följande diagram för att påvisa detta:

VARFÖR? individens värderingar, övertygelser, önsksningar

↑
VAD? upplevelsen som diskuteras

↓
HUR? relaterar till specifik kontroll över upplevelsen som diskuteras

Som exempel, börja med vad du gör just nu (VAD?) och gå sedan fyra, fem steg uppåt med frågor kring 'hur'. Låt

säga att mitt 'vad' är 'jag sitter vid mitt skrivbord och skriver en artikel till Beteendeterapeuten'. 'Hur'-frågorna ger svar som 'jag skriver på min dator för att det är lättare än att skriva för hand', medan 'varför'-frågorna till slut leder till 'jag skriver en artikel för att spridningen av erfarenheter och lärdomar i KBT är viktigt för mig, för att jag ska kunna vara en bra terapeut'.

Method of Levels bygger på Perceptual Control Theory, något som heller inte förklarades särskilt väl. Det diskuterades att vi har perceptuell kontroll över vårt tal på ett sätt som vi inte kan ha över våra tankar, då de av naturen är flyktiga och mer oorganiserade än vårt tal. På så vis kan vi få ledtrådar till nästa nivå i hierarkierna (Method of Levels), genom att terapeuten håller utkik efter "störningsmoment" i patientens mimik eller tal, som på något vis avslöjar att patienten tänker något samtidigt med det den säger. Därför bygger Method of Levels på att patienten konstant reflekterar när saker kommer upp i konversationen,

med hjälp av att terapeuten pekar ut när patienten ser ut att ha haft en "bakgrundstanke" (metakognitioner). Föreläsarna fick kritiska synpunkter om den växlande kapacitet patienter i terapi har att nå tankar på metanivå, där man som terapeut inte får några svar alls ibland. De menade att patienter som inte är motiverade att vara i terapi skulle vara svårbehandlade med Method of Levels, men att terapeuten och patienten kan ha följande ordväxling om det går trögt:

T: "Du tittade ner precis nu, vad var det som för genom ditt huvud då?"

P: "Jag vet inte."

T: "Stör det dig att du inte vet?"

P: "Ja, jag kan inte koncentrera mig, så jag kan inte jobba längre."

T: "Vad för jobb skulle du vilja göra?"

På så vis kan terapeuten hitta mål, aspirationer och riktning. Inte för att detta är något som övrig KBT inte gör. Method of Levels saknar däremot komponenter som traditionell KBT innehåller. Inga hemuppgifter, ingen agenda, inga

formuleringar, inga sammanfattningar under eller i slutet av sessionen. Inte heller några ramar kring hur lång tid sessionen varar, utan den slutar när patienten väljer att avsluta den (övre begränsningar kan dock sättas). Föreläsarna skulle heller inte använda sig av exponering vid t ex OCD eller fobier, annat än imaginär exponering genom att låta patienten sitta med sin konflikt mellan att undvika och närma sig det fobiska objektet/handlingen.

Sammanfattningsvis handlar Method of Levels om att hitta de emotionellt "heta" ögonblicken som får patienten att känna konflikten mellan olika behov och önsksningar, för att hitta sätt att hantera den konflikten. Det är en metod som känns både väldigt långt ifrån traditionell KBT (inte minst vad gäller evidensbasen), och samtidigt väldigt nära (hitta det emotionella innehållet, metakognitioner och jobba med vad som händer i rummet). Den som lever får se vart det hela tar vägen.

Inga hemuppgifter, ingen agenda, inga formuleringar, inga sammanfattningar under eller i slutet av sessionen.



Veckoseminarie med Marsha Linehan på Cape Cod

Rollspel, hemuppgifter och inspirerande feedback gav Karin Ovefelt ny kunskap under seminarieveckan på kunskapstemat "Updates in Interpersonal Effectiveness Skills: Integrating DBT Skills into Clinical Practice".

Text och foto: Karin Ovefelt

En sommarhälsning till alla beteendeterapeuter, från en annan del av världen. Jag har tillbringat en vecka ute på Cape Cod och haft Marsha Linehan och Kathryn Korslund som lärare varje förmiddag mellan kl 9 och 12.15. Rubriken på veckans kunskapstema var "Updates in Interpersonal Effectiveness Skills: Integrating DBT Skills into Clinical Practice". Det låter väl rätt bra att ha och få ett grepp om för de flesta av oss.

Vi har nogsamt och strukturerat, ja så strukturerat som Marsha kan, gått igenom de nya relationsfärdigheterna

som kommer att finnas i den nya färdighetsmanualen som hon håller på att finslipa inför utgivning. Marsha är en källa av kunskap, och skarp som bara den när hon rollspelar och tränar med deltagare som villigt kommer upp när de inte gjort hemuppgifterna vi fått från dagen innan, eller när någon haft svårt att göra en hemuppgift. Hon visar prov på de färdigheter som hon lär ut och som hon praktiserar i sina behandlingar. En sak hon trycker på är att alltid ge korrigerande feedback vid rollspel och träning. Och det gör hon på ett väldigt rakt och tydligt, och framförallt specifikt sätt, vilket jag

inser att många av oss skulle behöva bli bättre på. Det är värdefullt att se en person "walk the talk".

Jag är relativt säker på att hon fick majoriteten av oss att förstå och göra våra hemuppgifter. Genom att hon på ett validerande OCH ett tydligt krävande sätt, nogsamt gick igenom vad som gjort att personen inte gjorde det som förväntades och sedan fick dem med på att bestämma sig för att göra det till nästa dag. Det gav oss mängder av modellinlärningsstillfällen. De var inte "lätta" personer som frivilligt gick upp, vissa ville nog testa henne



Marsha Linehan är duktig på att ge korrigerande feedback på ett rakt, tydligt och specifikt sätt.



Kathryn Korslund och Karin Ovefelt.

Poängen är att om vi inte tränar in nya färdigheter lär vi oss dem inte. Samma sak gäller våra klienter.

ordentligt. Poängen är att om vi inte tränar in nya färdigheter lär vi oss dem inte. Samma sak gäller våra klienter. Glasklart och vi vet hur svårt det är att få till det i skarpt läge både med oss själva och med våra klienter, och extra marigt när vi har komplexa livsöden framför oss.

Hon är öppen med sina egna brister, vilket är en styrka när vi i den stora församlingen får höra om dem, och ibland bli varse dem. Hon har god hjälp av Kathryn att hålla tråden och strukturen då hon lätt blir entusiastisk och riktigt kommer igång, vilket kan leda till att hon sakta glider bort från det som var utgångspunkten och

fördjupar sig i något annat av vikt. Vi får ta del av mängder av hennes egna exempel från de otaliga färdighetsträningar och klienter hon haft och fortfarande har. Det ger en trovärdighet till det hon säger och lär ut.

Hur ska vi själva som behandlare se till att träna dessa färdigheter, då vi har oerhörd nytta av dem när vi ska arbeta med andra och sedan lära ut dem till andra? Jag slås av hur stort fokus det är på en oerhörd lyhörddhet kring vad som är för handen just nu i en relation, och hur kunskap kring inlärningspsykologi är basen i arbetet.

Ett tips till er som är intresserade av ett

trevligt sätt att få fördjupad kunskap är New England Educational Institute, NEEI, som varje år/sommar ordnar olika veckolånga seminarier med, för oss, mer eller mindre kända föreläsare.

Snart kommer den nya färdighetsmanualen ut för oss som är intresserade av alla DBT-färdigheter och den innehåller en betydligt utvidgad del kring relationer. Vi kan bara hoppas att den snabbt blir översatt till svenska, då den kommer att innehålla många värdefulla övningar och arbetsblad.

Karin Ovefelt är leg. psykolog, leg. psykoterapeut och handledarutbildad.

Unified Protocol: Ett besök hos Barlows forskarteam i Boston

Tre psykologer från Interagera Psykologi gjorde en lärorik studieresa till Boston för att ta del av hur David Barlows team arbetar kliniskt med transdiagnostisk behandling utifrån Unified Protocol.

Text: Mats Jacobson

Foto: Privat



Mats Jacobson är leg. psykolog, leg. psykoterapeut, mindfulnessinstruktör, medlem i MINT-nätverket av MI-utbildare och -handledare samt en av grundarna av Interagera Psykologi där han arbetar med psykologisk behandling, handledning och utbildning.

En utveckling vi ser inom hela psyko-terapifältet och även inom KBT just nu är integration och ett fokus på känslor och känslomässigt undvikande. Unified Protocol är ett exempel. Efter att ha haft handledning i UP av David Barlows team vid CARD i Boston på ett par patientbehandlingar fick jag möjlighet att besöka dem på plats för att ta del av deras kliniska arbete. Till slut blev vi en liten grupp psykologer som åkte dit för att lära oss mer om UP och få ta del av deras senaste forskning: jag själv, Erik Nilsson och Karin

Fokus är på att hjälpa patienten att utveckla mer funktionella sätt att reglera sina känsloupplevelser.

Hammarstrand från Interagera Psykologi. Det blev ett par våtbastuvarma dagar i Boston, där det var skönt att emellanåt få vara inomhus och njuta av luftkonditionering, workshops och personligt möte med några av de ledande företrädarna för UP. Det vi var mest intresserade av var att få se mer av hur de arbetar kliniskt med transdiagnostisk behandling utifrån UP. I de åtta behandlingsmodulerna i UP ingår element

från alla de tre vågorna av KBT – hur funkar detta i praktiken, och var lägger de tonvikten i behandling?

“Vad som är nytt med UP är inte modulerna, utan hur vi conceptualiserar känslomässiga störningar”, slog Barlow fast. Känslor är i grunden funktionella,

och det är denna funktion man alltid kommer tillbaka till i UP. Han knöt an till DSM-V som släpptes i våras, och hävdade att DSM-IV förmodligen var höjdpunkten på vad han kallade “den särskiljande ansatsen” inom psykologin.

Han menade att man varit tvungen att fenomenologiskt beskriva olika diagnoser och särskilja dem, dels för att vara överens om vad man pratade om när man diskuterade olika patienters problem, och dels eftersom man när DSM-IV sammanställdes inte kunde komma överens om hur man teoretiskt skulle förstå dessa problem. Förhoppningen var att när det var dags att sammanställa DSM-V skulle forskningen

ha kommit så långt, att man kunde vara bättre överens om de underliggande orsakerna till olika diagnoser och beskriva dem. Så har emellertid inte blivit fallet med DSM-V, eftersom man fortfarande inte är överens om de underliggande orsakerna.

”UP är vårt försök att beskriva och behandla de gemensamma underliggande processer som ger upphov till alla de känslomässiga störningarna, baserad på bästa tillgängliga forskning från en rad olika vetenskapsfält”, fortsatte Barlow. Han menade att forskningen faktiskt kommit så långt att detta börjar bli möjligt, och hoppades att i en snar framtid även kunna knyta dessa psykologiska forskningsresultat ännu bättre till den neurobiologiska forskningen.

“Kanske är det så att när vi behandlar de olika ångeststörningarna, depression och även en del personlighetstörningar så behandlar vi egentligen det vi förut brukade kalla “neuroticism”, som fått olika uttryck beroende på patientens livsmiljö och den specifika inlärning patienten gjort. Vi tror också att temperament och personlighet är mycket mer förändringsbara genom behandling än vad man tidigare antagit.”



Forskarteamet vid CARD i Boston, med David Barlow och James Boswell i mitten.

Barlow refererade här till vad de inom UP kallar den trefaldiga sårbarhetsteorin, som ser de känslomässiga störningarna som ett resultat av en samverkan mellan en generell biologisk sårbarhet (mer specifikt det temperamentsdrag

neuroticism, negativ affekt, eller beteendemässig inhibering), tidiga livshändelser som kan ge upphov till en generell psykologisk sårbarhet, och den specifika inlärning individen gjort i samband med ångest och nedstämdhet.

“Vi tror att alla de känslomässiga störningarna är mindre variationer på hur detta bredare underliggande syndrom manifesteras.”

Det är dessa underliggande transdiagnostiska processer UP försöker behandla genom en flexibel tillämpning av behandlingsmoduler hämtade från alla de tre vågorna av KBT. Fokus är på att hjälpa patienten att utveckla mer funktionella sätt att reglera sina

känsloupplevelser, och var och en av modulerna används systematiskt för att hjälpa patienten att uppnå detta.

“En konsekvens av detta synsätt är att vi förändrat vår förståelse av det verk-

Vad man egentligen exponerar för är inte ett yttre stimuli, utan den känsloreaktion som väcks hos patienten av detta stimuli.

samma både i exponering och i kognitiv omvärdering”, fortsatte Barlow. Han menade att det verkliga i exponering inte förklaras tillräckligt väl av habitueringssparadigmet, utan att det är en komplex och aktiv inlärningssituation som genom ett samspel mellan kognitiva, emotionella och relation-

nella faktorer kan skapa bestående förändringar både i patientens upplevelse, beteende och hjärnfunktion.

Vad man egentligen exponerar för är inte ett yttre stimuli, utan den känsloreaktion som väcks hos patienten av detta stimuli. Det innebär att allt som väcker patientens känslor kan utnyttjas vid behandling eftersom det framför allt är hur patienten hanterar denna känsloreaktion som är intressant, och

Barlow uppmanade till kreativitet här. Både situationell känslomässig exponering, imaginär exponering och introceptiv exponering används, och ofta i kombination för att förstärka effekten. Den introceptiva exponeringen (som är en egen modul i UP) används för att fördjupa det somatiska upplevandet av känslor, vid ångestproblem men också vid depression, och här demonstrerade Barlows team hur de bland annat använder viktbalten för att framkalla känslan av tyngd och energilöshet vid depression!

Kognitiv omstrukturering används både som en motivationshöjande intervention för att öka patientens villighet att utforska en exponeringssituation och för att förstärka och generalisera inlärningseffekten efter exponeringen. Det är viktigt att skilja mellan kognitiv omvärdering, där individen utifrån sin direkta erfarenhet korrigerar sin förståelse av en situation, och rationalisering, där individen omtolkar sin situation med syftet att undvika känslor, utan hänsyn till om tolkningen har stöd i erfarenheten. Intressant nog har denna betydelsefulla åtskillnad, som ofta manifesterar sig kliniskt, knappast beforskats alls. Barlow hoppades dock



James Boswell och Dawid Barlow.

att detta skulle ske i framtiden, vilket både skulle kunna vara till stor hjälp kliniskt och lösa upp många skenbara teoretiska motsättningar.

“Väldigt många psykologiska behandlingar har mycket gemensamt, av den anledningen att de alla försöker behandla underliggande faktorer som är gemensamma. I UP försöker vi att integrera behandlingsmetoder som återkommande visat sig effektiva i forskning, och tillämpa dem systematiskt utifrån vår fördjupade förståelse av känslor och känsloreglering.”

I de exempel från det kliniska arbetet som vi fick ta del av är det tydligt att fokus ständigt kommer tillbaka till den direkta upplevelsen av känslor i kroppen. Patienten får lära sig att uppmärksamma de tankar och känslostyrda beteendepulser som kommer

Medveten närvaro går som en röd tråd genom behandlingen.

med känsloupplevelsen. Men patienten tränas i att inte agera på dem utan stanna kvar med kroppsupplevelsen tills känslointensiteten

regleras. Medveten närvaro går som en röd tråd genom behandlingen. Behandlarna är noga med att få med både de kognitiva, de somatiska och de beteendemässiga aspekterna i exponeringen. Exponering sker inte bara vid de strukturerade exponeringsövningarna, utan behandlarna försöker utnyttja varje tillfälle då patienten har en känsloupplevelse för att hjälpa henne att stanna kvar med känslan och ta perspektiv på sin upplevelse. Efter exponeringen hjälper behandlaren patienten att omvärdera sina föreställningar om känslors farlighet genom att reflektera över sin erfarenhet.

I klinisk praktik integrerar UP olika KBT-tekniker flexibelt, utan någon motsättning mellan t ex kognitiv omstrukturering och interventioner som syftar till att ta perspektiv på själva tanke- och känslprocessen (defusion). Flera av modulerna syftar till att förbereda patienten för exponeringen genom att systematiskt träna färdigheter som ökar patientens förmåga till konstruktiv affektreglering. Förskjutningen i fokus från exponering för ångestväckande stimuli till hur patienten förhåller sig till sina känsloupplevelser, innebär att exponeringsteknikerna i UP är mycket varierande; och här sker en kreativ utveckling särskilt av de introceptiva exponeringsteknikerna. UP utvecklas också i ljuset av nya forskningsresultat, så vi får säkert anledning att återkomma för en uppdatering längre fram – men då förhoppningsvis vid en svalare årstid!

Boktips

Unified protocol Terapeutmanual: Diagnosöverskridande psykologisk behandling

av David Barlow

Förlag: Natur och kultur
ISBN: 9789127134331
Utgivningsår: 2013
Omfattning: 206 sidor

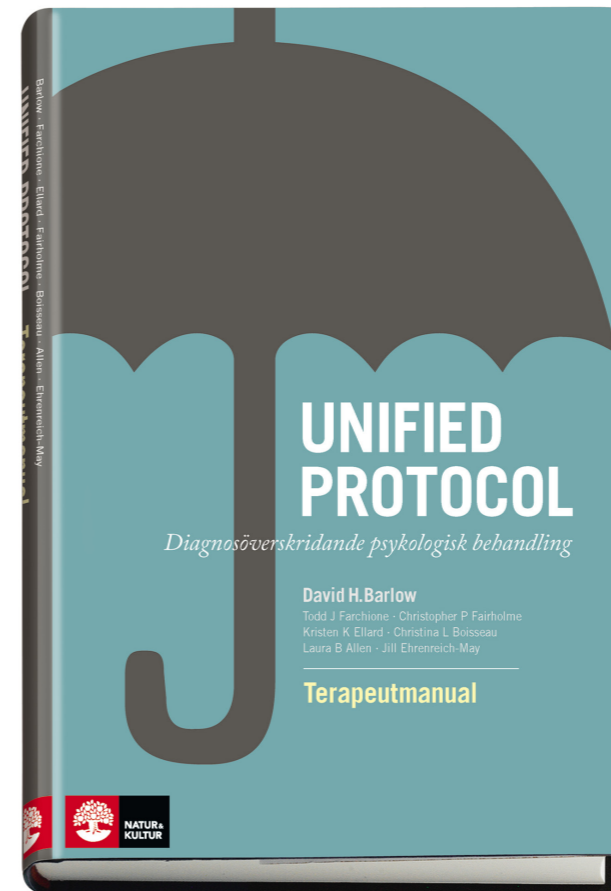
Unified protocol Arbetsbok: Diagnosöverskridande psykologisk behandling

av David Barlow

Förlag: Natur och kultur
ISBN: 9789127134348
Utgivningsår: 2013
Omfattning: 258 sidor

Unified Protocol (UP) är en diagnosöverskridande behandling som grundar sig på att många psykiska störningar överlappar varandra och har stora likheter i symtombild, uppkomstfaktorer och vidmakthållandefaktorer. En kärnkomponent är att lära patienterna att bli mer effektiva på att hantera och reglera känslor. Behandlingen bygger på KBT i vid mening med inslag som exponering, kognitiv omstrukturering, mindfulness och motiverande samtal. Boken, eller de två böckerna, består av en terapeutmanual och en arbetsbok för patienten. De ingår i ”Treatments That Work”, som är en serie terapeutmanualer och arbetsböcker med evidensbaserad behandling för olika tillstånd. Den svenska utgåvan har fackgranskats av Billy Larsson.

Terapeutmanualen är indelad i två delar, del 1 med bakgrund, introduktion och översiktlig beskrivning av behandlingen och del 2 som innehåller de åtta behandlingsmodulerna, referenser och en kort beskrivning av författarna. Introduktionen ger en bra beskrivning med genomgång av forskningsläget för UP och med allmänna anvisningar om hur man kan lägga upp behandlingen. Det ges också en lagom djupgående bakgrund till varför man valt att utforma behandlingen på det sätt man gjort, som en rational för terapeuten att förstå tanken bakom och de principer UP vilar på. I del 2 går varje modul igenom ordentligt och det finns en beskrivning av hur man lägger upp arbetet i terapin. Det är väl strukturerat och överblickbart. Man har också en tydlig hänvisning till vilka kapitel i terapeutmanualen som hör ihop med patientens arbetsbok. Varje modul innehåller också korta vinjetter för att illustrera hur man arbetar med behandlingen och kapitlen avslutas med en referenslista för den som vill läsa mer om bakgrunden till teorier och tekniker. Upplägget i varje kapitel liknar till stor del en sessionsagenda med inledande beskrivning av vad som ska täckas i modulen och



en avslutande del med lista på hemuppgifter. På en del ställen har man också lagt in avsnitt som handlar om hur man som terapeut hanterar eventuella hinder och problem som kan uppstå i arbetet med att förmedla innehållet i behandlingen.

Arbetsboken för patienten innehåller en introduktion till ämnet känslomässiga störningar med illustrativa fallbeskrivningar av olika tillstånd som paniksyndrom, tvångsyndrom, generaliserat ångestsyndrom, social fobi och depression. Sedan följer ett avsnitt (Är den här behandlingen rätt för dig?) där man ger en bild av behandlingen för att underlätta för patienten att göra ett informerat val kring om han/hon ska genomgå behandlingen. Man tar till exempel upp forskningsstödet för behandlingen som en nytta eller fördel, men nämner också att en nackdel kan vara att det är en behandling som kräver en hel del arbete och engagemang från patientens sida.

Det är väl strukturerat och överblickbart.

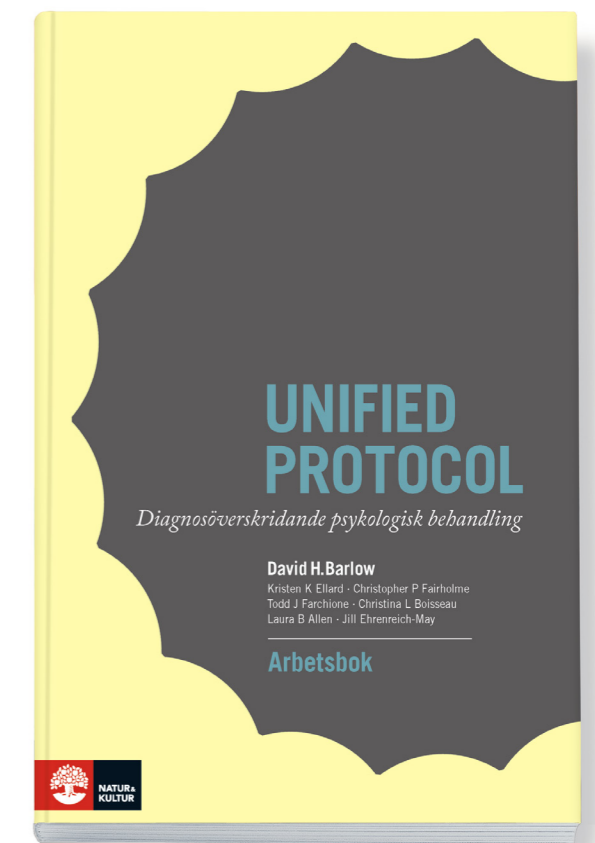
Ett kapitel ägnas också åt färdigheten att registrera sina upplevelser vilket går som en röd tråd genom hela behandlingen. Man använder två korta formulär som handlar om depressionssymtom och ångestsymtom och har även lagt in en tabell (Framstegsformulär) där patienten registrerar sina poäng på dessa två skalor under hela behandlingens gång. Resten av arbetsboken ägnas åt behandlingsmodulerna där

man även lagt in formulär och arbetsblad under respektive kapitel. Det är gott om fallbeskrivningar och exempel med färdigifyllda formulär och arbetsblad för att det ska bli så tydligt som möjligt. I slutet av varje kapitel har man lagt in en ”kunskapskoll” för att repetera och befästa innehållet i varje modul.

Helhetsintrycket av manualen och arbetsboken är att upplägget är mycket gediget och pedagogiskt och att böckerna ger ett bra stöd för den som vill erbjuda behandlingen. I boken nämns att behandlingen bör kunna hållas av de flesta som arbetar inom psykisk hälsa professionellt och har kunskaper om grundprinciperna inom KBT, samt erfarenhet av att ha arbetat med de specifika behandlingsprocedurerna. Som nämns i arbetsboken ställs ganska stora krav på ansträngning och engagemang från patientens sida, och när man läser om vilka hemuppgifter som ingår i varje session kan det verka ganska mastigt. Det är ju i och för sig möjligt att individanpassa och dela upp en modul på flera sessioner om det behövs.

Jag kan varmt rekommendera dessa två böcker för alla som arbetar med KBT oavsett om man tänkt erbjuda behandlingen eller om man är allmänt intresserad av KBT (vem är inte det?). En behållning av boken är också att läsa (på svenska) hur man som terapeut kan förklara behandlingsprinciper och diskutera framgång och svårigheter med patienten. Boken innehåller flertalet uppslag på bra pedagogiska formuleringar som är skrivna i dialogformat i vinjetterna.

Johan Westöö



Sorg efter ett barns självmord

Föräldrar som mist ett barn i självmord går igenom en komplicerad sorgprocess, och olika vårdinstanser skulle kunna bli mycket bättre på att fånga upp och hjälpa dem.

Text: Ludmilla Rosengren

Foto: Glenda Otero/sxc.hu

Det finns många studier gjorda i ämnet sorg, förlora barn, självmord, bemötande av föräldrar i akut kris osv. Gång på gång kommer man fram till samma slutsatser: föräldrar som förlorar barn och personer som förlorar någon närstående i plötslig död som t ex självmord behöver mer stöd från den offentliga vårdapparaten.

Det som är förvånande är att väldigt lite av denna kunskap når ut till dem som behöver den. Det är som att var och en av oss i samhället - oavsett om man är beslutsfattare, vårdpersonal, arbetskamrat eller granne - blundar instinktivt för det som är jobbigt. Tankar som ”detta händer ändå inte mig” eller ännu värre ”tänk om det händer mig” tar överhanden och gör att man ryggar tillbaka.

Att förlora ett barn är varje förälders värsta mardröm. De flesta anser nog att uppgiften en förälder har är

att skydda, vårda och stödja sitt barn så att det får växa upp till en harmonisk och trygg person. När barnet dör är det vanligt att föräldern upplever ett misslyckande. Om barnet dessutom tar sitt liv upplevs detta ofta som ett ännu större misslyckande i och med att självmordet många gånger tolkas som en aggressiv handling. Självmord upplevs av många som oerhört provokativt och

hemskt. En del personer har också den felaktiga uppfattningen att det är något som inte händer i välfungerande familjer. När det då händer blir detta mycket stigmatiserande för de drabbade.

Att förlora ett barn och att förlora någon nära i självmord upplevs var för sig som oerhört skrämmande och därför svårt för omgivningen att veta hur man ska reagera inför. Tidigare studier gällande föräldrar som förlorat barn i självmord (Per Lindqvist, 2008) har visat vilket fruktansvärt trauma

detta är för hela familjen men då särskilt för föräldrarna som mist sitt barn (Bolton et al. 2012; Maple et al. 2010). Förlusten kommer att påverka dem resten av deras liv. Varje år tillkommer flera tusen föräldrar som förlorar sina unga barn och ytterligare många tusen som förlorat sina äldre barn. Det finns idag många tusen föräldrar i Sverige som lever

i sorg för att de förlorat sina barn i självmord.

Plötslig förlust av ett barn som vid självmord ger en hög grad av belastning med symtom som sitter kvar under många år och som ger en kraftig nedsättning av arbetsförmågan och en ökad risk för både psykiska och somatiska sjukdomar under många år efteråt

(Saarinen et al. 2000; Stroebe, Schut, and Stroebe 2007). Traumatiska dödsfall innebär en ökad risk för komplikationer i sorgprocessen. Även posttraumatiskt stressyndrom (Murphy et al. 1999; Murphy et al. 2003), sociala konsekvenser, existentiell kris samt fysiska sjukdomar ökar i gruppen som förlorat barn genom olycka eller självmord. Det finns också en signifikant ökad dödsrisk för mödrar som förlorat sina barn på ett traumatiskt sätt jämfört med de som förlorat barn på icke traumatiskt sätt (Li et al. 2003). Att förlora ett barn ger dessutom en ökad risk för föräldern att ta sitt eget liv (Agerbo 2005).

Eftersom sorg inte är en sjukdomsdiagnos har det funnits en tradition i Sverige att professionella inte ska lägga sig i utan man ska sköta sorgebearbetningen inom det sociala nätverket. Samtidigt konstateras att behovet av professionell hjälp är större än man tidigare trott. I vårt samhälle råder stor okunskap och osäkerhet när det gäller att bemöta personer i sorg (Avelin et al. 2012; Gold, Sen, and Hayward 2010). Föräldrar som förlorat ett barn upplevs som extra synd om och det väcker väldigt starka känslor hos andra föräldrar. Rädslan att förlora sitt eget barn väcks i kontakten med de som förlorat ett barn. Omgivningen har svårt att möta föräldrar i sorg eftersom de också är rädda för att säga eller göra saker som förvärrar. Osäkerheten finns även hos många professionella i människovårdande grupper (t ex polis, läkare, terapeuter, präster, ambulansmän, sjuksköterskor, begravningsentreprenörer) och hos var och en som möter en förälder som förlorat ett barn i självmord. Föräldrar som förlorat ett barn i självmord är en grupp som det är extra svårt att bemöta, samtidigt som

föräldrarna anser att det emotionella stödet från vårdpersonalen är något av det viktigaste (Dagerbrant & Nilsson 2009). Trots att det finns stor kunskap angående hur viktigt det är med psykologisk intensivvård (Dyregrov 2002; Kock-Redfors 2002) för dem som drabbas av plötslig död är okunskapen fortfarande stor bland vårdpersonal.

Bemötandet i sorgen och den hjälp som ges har samtidigt mycket stor betydelse för utvecklingen av sorgen. Det sociala nätverket är viktigt, men det finns vissa bitar som inte kan belastas sina närmaste, behövs professionell hjälp för att ta sig vidare med. Skuldfrågan vid självmord kan till exempel vara en svår belastning. De drabbade behöver och vill ha tidigt professionellt stöd. Felaktigt bemötande kan göra sorgprocessen mycket svårare och försvåra återanpassningen till ett normalt liv. (Dyregrov, Dyregrov, & Nordanger 1999; Dyregrov 2004; Dyregrov 2011; Grad et al. 2004) Det är viktigt att det finns tydliga riktlinjer för dem som kan tänkas möta föräldrar som förlorat barn i självmord.

Tyvärr finns ingen bra strategi utarbetad i det svenska samhället när det gäller hur efterlevande vid självmord tas om hand. Det finns inga tydliga vårdprogram eller rutiner. Detta blir tydligast när den som dött tagit sitt liv utanför sjukvårdens väggar (80 procent av självmorden). Föräldrar till ett barn som tagit sitt liv är alltså per definition inte patienter, som ska få vård med självklarhet. Dock kan situationen jämföras med där ett barn dör i plötslig spädbarnsdöd. Barnet dör oftast utanför hemmet och föräldrarna är inte patienter. Trots detta finns i detta utarbetade riktlinjer för hur föräldrar ska tas om hand efter att deras barn har dött.

116 föräldrar som förlorat sitt barn i självmord

Den aktuella studien innefattade 116 föräldrar som förlorat ett eller fler barn i självmord. Syftet var att kartlägga hur föräldrar som förlorat ett barn i självmord upplever stödet från samhället. Dessutom att se hur länge föräldrarna upplever olika symptom och funktionsnedsättning. Vi ville också undersöka hur olika parametrar påverkade sorgens intensitet. Ett övergripande syfte med denna studie har varit att ge underlag för vårdprogram och riktlinjer för vårdpersonal. Dessa kan med fördel användas även till andra i sorg, inte



bara föräldrar som förlorat barn eller bara de som förlorat någon i självmord. Studien genomfördes som en webenkät som föräldrarna själva anmälde sig till efter att anslag gjorts i sociala media, via SPES och via en mailinglista för KBT-psykologer.

Resultat

De deltagande föräldrarnas barn var mellan 13 och 40 år när de dog. Av de barn som dött var 37 procent en dotter och 63 procent en son. 26 procent (n=30) föräldrar visste inte att barnet överhuvudtaget mår dåligt innan det tog sitt liv. För dessa föräldrar kom dödsfallet som ”en blixtnedslag från en klar himmel”. Av dessa barn var 57 procent

under 20 år, dvs barn som huvudsakligen bodde hemma. 61 procent (n=71) av barnen hade haft kontakt med vården före självmordet. I åldersgruppen under 20 år var siffran 50 procent och i gruppen 20-30 år 69 procent. 90 procent av dessa (n=64) med barn- eller vuxenpsykiatri. Om barnet inte mår bra påverkas föräldrarna. Endast 27 procent av de som visste att barnet mår dåligt fick eget stöd när barnet mår dåligt. Endast 27 föräldrar (23 procent) visste om att barnet hade självmordstankar när det tog sitt liv.

”Jag försökte ringa eller prata med kontaktpersonen, eftersom min son var 18 år fick jag inte lägga mig i sa kontaktpersonen till mig.”

"Framför allt hade det underlättat om BUP hade lyssnat på mig och inte bara ansett mig som en hispig morsa."

Föräldrarna skattade mycket låga poäng på hur bra hjälp de tyckte att barnet fick från vården.

"Den behandling han fick på BUP är jag övertygad om bidrog starkt till han tog sitt liv."

84 procent av föräldrarna skattar mellan 1 och 5 (1 = inte alls, 10 = mycket bra) på frågan om hur väl föräldrarna tycker att sjukvården följt upp dödsfallet.

"De har inte följt upp dödsfallet överhuvudtaget. De har inte kontaktat oss före, vid dödsfallet och inte efter."

De flesta föräldrarna fick dödsbeskedet av en polis och de var huvudsakligen nöjda med sättet som det skedde på. De som fått beskedet av sjukvårdspersonal var inte lika nöjda. Snabbt besked, tydlighet, värme och deltagande, att personen var påläst om vad som hade hänt samt information om vad som ska hända härnäst var några kommentarer som handlade om vad som var bra med det sätt de fick dödsbeskedet. I det akuta skedet vill föräldern inte bli lämnad ensam. Föräldern behöver information om vad som kommer att ske och stöd att berätta för övriga familjemedlemmar.

De har inte följt upp dödsfallet överhuvudtaget. De har inte kontaktat oss före, vid dödsfallet och inte efter.

19 procent (n=22) av deltagarna var med när barnet hittades död. Sju procent (n=2) av de som hittade barnet hade inte varit sjukskrivna, jämfört med 22 procent av de föräldrar som inte hittat barnet. De som hittade sitt barn hade ökad andel av flash-backs ända upp till tre år efter händelsen.

74 procent fick se sitt döda barn. 13 procent blev avrända att se. Sex procent ville inte se. Bland "annat" som var sju procent, fanns svar som att de blivit nekade av bårhuset eller aldrig blev tillfrågade. 86 procent av de som såg sitt döda barn tyckte det enbart var en fördel. Ingen tyckte det var en nackdel.

På frågan om vilken omedelbar hjälp föräldrarna fick efter dödsfallet svarar

13 procent att de inte erbjudits någon hjälp alls. Anhöriga och vänner är de största hjälparna i akutskedet. Tips om SPES (Föreningen för Suicidprevention och Efterlevandestöd) har endast 19 procent fått i det omedelbara skedet. Endast 20 procent erbjöds krissamtal. 43 procent uppger att de inte blivit erbjudna någon hjälp alls på lång sikt, efter det akuta skedet. SPES har informerats om i 19 procent av fallen och terapeut har erbjudits till 34 procent.

Följande symptom har frågats efter i enkäten: nedstämdhet, ångest, plötsliga gråtattacker, rädsla att vara ensam/separationsångest, självmordstankar, sömnproblem, mardrömmar, flash-backs, hopplöshetskänslor, orkeslöshet/trötthet, minskad aptit, minskad sexlust, fysiska kroppssmärter, isolering/minskade sociala kontakter, minnessvårigheter, skamkänslor och skuldskänslor. Att sorg ger fysiska symtom blir tydligt när man ser att så många som nästan hälften av föräldrarna uppger fysiska kroppssmärter. 59 procent av föräldrarna i studien har upplevt att omgivningen tagit avstånd från dem för att de mist ett barn i självmord. 62 procent svarar att de själva tagit avstånd från omgivningen. Isolering och minskade sociala kontakter har visat sig vara en negativ faktor för hur sorgearbetet utvecklar sig (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov 2003).

"Jag önskar att man inte slutade prata om min son, det upplever jag att människor omkring mig har gjort och jag vill prata jättemycket om honom!"

Ingen av deltagarna uppger frånvaro av symtom vid de tidiga tidpunkterna (tre, sex, 12 och 24 månader efter dödsfallet). Endast två procent av föräldrarna uppger fyra år efter dödsfallet att de är besvärsfria. Könsskillnaderna är tydliga där kvinnor generellt sätt har mer utmärkande symptom under längre tid. Exempelvis har drygt 20 procent av männen efter ett år problem med

minnet och 48 procent av kvinnorna. Efter två år upplever fortfarande 13 procent av männen och 40 procent av kvinnorna minnesproblem. 39 procent av föräldrarna rapporterar egna självmordstankar tre månader efter förlusten. Efter två år uppgavs självmordstankar hos 15 procent och fyra år efter barnets död uppger 7 procent egna självmordstankar.

Föräldrar som har fler barn tycks må bättre än de som inte har fler barn. I de fall som man förlorat sitt enda barn blir förlusten mer påtaglig i det vardagliga livet. Man förlorar inte bara det enda barnet, den som kan föra generna vidare utan även sin roll som förälder. I sorgprocessen är det centralt att finna meningsfullhet i att leva utan det barn som tagit sitt liv. Både kvarvarande barn, nytt barn, en stabil relation eller en ny relation underlättar inställningen till att vilja leva "efterlivet".

Alla behöver direkt och aktivt stöd
I denna studie ses alla föräldrar uppfylla kriterierna för komplicerad sorg, trots att det i en del fall gått mer än sju år sedan barnet tog sitt liv. Gångse inställning inom vården har varit att man i stor utsträckning ska låta sorgen läka på egen hand och inte att man ska gå in med aktiva interventioner förrän det blivit en "diagnos" det vill säga komplicerad sorg. Diagnosen kan tidigast ställas sex månader efter förlusten. Studien visar alltså att en förälder som mist barn i självmord per definition har komplicerad sorg varvid man bör inleda aktiv behandling snarast för att inte fördröja återanpassningen mer än nödvändigt.

Den fullständiga rapporten kan rekvireras från:
info@kbttdittliv.se

Ludmilla Rosengren är leg. läkare och KBT-steg 1 terapeut.



HUMAN ACT presenterar höstens och vårens spännande utbildningserbjudanden:

Föreläsare	Utbildning	Ort	Datum & tid	Pris
Rikke Kjelgaard & Thomas Gustavsson	Introduktion till ACT – en ny form av kognitiv beteendeterapi	Kristianstad	5 september 2013 kl. 14-16	Gratis
Rikke Kjelgaard & Thomas Gustavsson	Introduktion till ACT – en ny form av kognitiv beteendeterapi	Malmö	6 september 2013 kl. 14-16	Gratis
Rikke Kjelgaard & Thomas Gustavsson	Introduktion till ACT – en ny form av kognitiv beteendeterapi	Göteborg	12 september 2013 kl. 14-16	Gratis
Rikke Kjelgaard	Dom 10 stora misstagen du inte vill göra som behandlare	Kristianstad	25 september 2013 kl. 16-17 (därefter mingel)	Gratis
Louise Hayes	Behandling och bemötande av ungdomar med psykisk ohälsa (ACT för ungdomar)	Köpenhamn	8-9 oktober 2013 kl. 9-16	4900,-
Louise Hayes	Behandling och bemötande av ungdomar med psykisk ohälsa (ACT för ungdomar)	Stockholm	10-11 oktober 2013 kl. 9-16	4900,-
Kelly Wilson	The Wisdom to Know the Difference. Using ACT for Addiction.	Malmö	11-12 oktober 2013 kl. 9-16	4900,-
Rikke Kjelgaard & Thomas Gustavsson	ACT för självskade- och suicidala beteenden	Malmö	17-18 oktober 2013 kl. 9-16	4900,-
Thomas Gustavsson	Längden spelar mindre roll! Hur kort kan en behandling vara?	Kristianstad	23 oktober 2013 kl. 16-17 (därefter mingel)	Gratis
Richard Stenmark	Det är huvudlöst att bortse från hjärnan vid psykologisk behandling. Fem skäl till varför behandling som bortser från synaserna är dömda att misslyckas.	Kristianstad	27 november 2013 kl. 16-17 (därefter mingel)	Gratis
Kirk Strosahl, Patricia Robinson & Thomas Gustavsson	Korta och kraftfulla interventioner. En avskalad fokuserad ACT modell: Focused ACT.	Stockholm	4-5-6 december 2013 kl. 9-16	7500,-
Kirk Strosahl, Patricia Robinson & Thomas Gustavsson	Korta och kraftfulla interventioner. En avskalad fokuserad ACT modell: Focused ACT.	Göteborg	9-10 december 2013 kl. 9-16	5000,-
Kirk Strosahl, Patricia Robinson & Thomas Gustavsson	Korta och kraftfulla interventioner. En avskalad fokuserad ACT modell: Focused ACT.	Köpenhamn	16-17-18 december 2013 kl. 9-16	7500,-
Kim Gratz & Matthew Tull	Emotionsreglering i behandling av självskadande beteenden	Köpenhamn	3-4 mars 2014 kl. 9-16	5500,-
Kim Gratz & Matthew Tull	Emotionsreglering i behandling av självskadande beteenden	Stockholm	6-7 mars 2014 kl. 9-16	5500,-
Edna Foa	Evidensbaserat behandling för PTSD (prolonged exposure)	Stockholm	31 mars – 3 april 2014 kl. 9-16	10000,-

ytterligare information och anmälan:
www.humanact.se



It's time to get your ACT together!

Ny teknisk administratör för KBT-listan

Uppdraget som teknisk administratör för KBT-listan är ett avlönat uppdrag, som bland annat innefattar att lägga till nya medlemmar på KBT-listan. Andreas Larsson, en medlem som suttit på denna post i flera år, har nu valt att lämna uppdraget och slutar den 3/9. Andreas kommer därför efterträdas av vår kanslist Justina Gudelyte, som redan gör ett mycket viktigt uppskattat arbete i kulisserna. För er medlemmar innebär detta ingen förändring i praktiken, utan alla tekniska frågor rörande KBT-listan ska skickas till adressen: btf.listadmin@gmail.com.

Styrelsen vill på BTF:s vägnar passa på att rikta ett stort tack till Andreas för dina insatser för föreningen och KBT-listan, och önskar dig fortsatt lycka till framöver!

Maria Lagerlöf
Ansvarig för KBT-listan
BTF:s styrelse 2013

Grattis!
Mats Jacobson!

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 de böcker som ingår i utlottningssortimentet.

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av Beteendeterapeuten är

10 november 2013

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

Oönskade effekter av psykologisk behandling – viktig fråga att arbeta vidare med

Text och foto: Tatja Hirvikoski

Det var en ära för mig att representera BTF på en workshop som handlade om oönskade effekter av psykologisk behandling. Workshopen initierades av Socialdepartementet, SBU och Socialstyrelsen, som hade bjudit in ett 40-tal sakkunniga och representanter för olika universitet samt yrkes- och intresseorganisationer. Eventuella negativa effekter av psykologisk behandling är ett mycket viktigt område att belysa – mer än vad som hittills skett inom forskning och klinisk verksamhet.

På workshopen diskuterades olika frågor i små grupper av 5-6 personer. Jag hade i min diskussionsgrupp representanter för Lunds Universitet, Sveriges Psykologförbund och Svenska psykoanalytiska föreningen. Olika aspekter belystes såsom vilka eventuella oönskade effekter som kan uppstå till följd av psykologisk behandling, hur kunskapen om detta kan ökas, samt hur

sådan kunskap kan komma patienterna till del. Jag hade fått en del feedback från BTF:are via KBT-listan som jag kunde framföra i diskussionerna.

Diskussionerna från de olika grupperna och storgruppen på workshopen kommer att sammanfattas av Socialdepartementet och SBU och eventuellt göras tillgängliga på nätet. Workshopen var ett första steg i en process som ska resultera i ett nätverk som kommer att arbeta vidare med dessa frågor, för att säkerställa en samordnad och behovsanpassad kunskapsstyrning.

Här kan man läsa mer om oönskade effekter av psykologisk behandling: <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap-Praxis/Vetenskap-och-praxis/Undersok-aven-baksidan-av-psykologisk-behandling/>



Tatja Hirvikoski, med dr, leg psykolog, specialist i neuropsykologi. KIND, Center for Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet.



Liria Ortiz



Motiverande samtal i arbete med våld i nära relationer



NYHET!
Handfast MI-bok

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

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

GOTHIA
FÖRETAG

Anteckning nr 8: Den psykoterapeutiska relationen.

Min terapeut ska vara en kunnig och engagerad lyssnare som förstår och inte dömer!

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Illustration: Michal Zachharzewski (sxc.hu)

Jag fortsätter att skriva om den psykoterapeutiska relationen i förhållande till det kognitiv-beteendeterapeutiska arbetssättet utifrån en enkät som nu har besvarats av 200 personer. När jag började redovisa enkätsvaren handlade det om 158 personer. Jag tyckte att patienternas svar var för få, och därför har jag fortsatt att samla in svar. Den här anteckningen grundar sig på de första 170 svaren.

Enkäten om den psykoterapeutiska relationen bestod av tre delar. Del A och del B hade olika alternativ (se här nedan) och man kunde skatta varje alternativ från noll till tio. Del C var en öppen fråga om det man inte tyckte om hos sin terapeut.

A: Om jag blir patient, behöver jag en terapeut som....
(19 kännetecken att skatta från 0 till 10)

B: Hur pass viktigt är det för dig att terapeuten är ...
(17 egenskaper att skatta från 0 till 10 + öppna kommentarer)

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

Vi kan vara överens om att A, B och C är olika sätt att fråga om samma sak. Det var också meningen att ställa svararen inför tre olika scenarier: en situation då man själv tänker sig in i en patientroll, en positiv situation där man kan beskriva sina önskemål och förväntningar och en negativ situation där man tänker sig egenskaper som man skulle tycka illa om hos sin terapeut. Den här anteckningen handlar om det sistnämnda.

Jag är medveten om att det har funnits en risk för de svarande att bli påverkade av enkätdelarna A och B - att man kanske i förväg har gett de svarande olika förslag. Givetvis återkommer uttryck från de två tidigare enkätdelarna bland svaren på frågan C, men därutöver speglar svaren språkets rika förråd av benämningar på egenskaper och beteenden.

Vilka tre saker skulle du ogilla hos din terapeut? Jag kan inte se att det blev överraskande svar vare sig hos personer som var patienter inom psykiatri och bedömdes för KBT (N=38) eller hos personer som hade KBT-bakgrund (N=132). Jag sorterade fram de fem mest frekventa svarkategorierna i båda grupperna. Det måste också sägas att en del personer valde att inte skriva något, andra skrev färre än tre svar, en del skrev fler än tre svar och andra skrev meningar som var mer eller mindre detaljerade.

Patientgruppen (N=38) svarade enligt följande:

1. Ointresserad, oengagerad, lyssnar inte
2. Okunnig, ignorant
3. Dömande, nedvärderande
4. Dryg, ironisk
5. Oförstående

KBT-gruppen (N=132) svarade enligt följande:

1. Ointresserad, oengagerad, lyssnar inte
2. Oempatisk, lyssnar inte riktigt
3. Mästrande, översittare
4. Dömande, nedvärderande, kritisk
5. Oförstående, affektlös, distanserad

Så svarade grupperna. Sedan kom det andra mindre frekventa svar och individuella svar som också kan vara viktiga att analysera vidare utifrån ett individuellt perspektiv. Detta görs inte här utan kan vänta till ett annat tillfälle. Datansamlingen stannade vid 200 svar för den statistiska bearbetningen och i det antalet har patientgruppen blivit N=68. Det återstår att se om det blir någon skillnad jämfört med analysen som gjordes på 158 och 170 personer.

Det som framkommer för båda grupperna här är att det man vill ha är en terapeut som kännetecknas av engagemang, kunnighet, acceptans, förståelse och förmåga att lyssna.

”Det man vill ha är en terapeut som kännetecknas av engagemang, kunnighet, acceptans, förståelse och förmåga att lyssna.

KBT-gruppen framhåller att klienten inte ska behöva känna sig underlägsen i situationen utan ges utrymme och behandlas med respekt. Det blir också viktigt att terapeuten inte upplevs som distanserad, affektlös och kylig.

Några exempel på andra svar: Terapeuten pratar mycket själv och om sig själv, vill bli kompis med patienten, har dold agenda, bryter förtroendet, är otrevlig, har en oprofessionell attityd, tittar på klockan upprepade gånger under samtalet, svarar på mobilen när det ringer, håller inte tider, bryter avtalet, många ombokningar, verkar frånvarande.

Alla dessa beskrivningar, även om de uttrycks i enstaka ord, speglar klientens, patientens förväntningar på terapeuten beteende i terapirummet. Dessa förväntningar är byggda på mer eller mindre individuella erfarenheter från andra kontakter med bland annat sjukvård och socialvård.

KBT-terapeuter definierar också sin roll utifrån sin egen metodik, till exempel att terapeuten ska vara aktiv i rummet, sätta upp mål, etablera en bra arbetsrelation utan tolkningar, satsa på en professionell relation.

I ett sådant interpersonellt nätverk av förväntningar behöver patienten, klienten och terapeuten hitta en samarbetsform som harmonierar med deras respektive förväntningar. Ovanstående material ger en bra startpunkt för det psykoterapeutiska arbetet när det betonas att terapeuten ska vara engagerad, intresserad, accepterande, lyssnande, förstående. Om det blir så i praktiken kan det alltid vara en bra början.

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



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

Nyhetsbrev från styrelsen, 2013-06-03

Representanter för BTF på kongress och workshop

Ett av styrelsens viktigaste uppdrag är att verka för att BTF ska synas och arbeta för att påverka opinionen i KBT-relaterade frågor. I linje med detta representerade Anders Görling och Torun Kallings BTF på Psykologistudentkongress PS-13 i Stockholm. BTF:s monter var välbesökt av många studenter som kom fram och undrade om föreningen, KBT och utbildning. Dagarna mynnade bl a ut i flertalet nya stödmedlemmar! BTF-medlemmen Tatja Hirvikoski representerade föreningen vid en workshop om oönskade effekter av psykologisk behandling som ägde rum i slutet på maj vid Socialdepartementet. På sidan 25 kan du läsa en rapport om denna.

Kunskapsöversikt inför nationella riktlinjer

En efterfrågan om kunskapsöversikt inför eventuella nationella riktlinjer har gjorts av SKL, SBU, Socialstyrelsen

med flera. Styrelsens Graciela Rovner har för BTF:s räkning inkommit med förslag om en kunskapsöversikt avseende diagnostisering och symptomfokuserad beskrivning kontra funktionell analys (beteendeanalys) hos patienter med långvarig smärtproblematik.

Nya styrelsen diskuterar och arbetar

Då majoriteten i styrelsen är nya på sina poster pågår det för närvarande ett aktivt arbete kring att sätta sig in i ansvarsområdena, att välja riktning och prioritera sitt arbete. Bland de områden där diskussionerna just nu går heta kring innehåll och fokus kan nämnas media och opinion, workshops, hemsidan, samt samverkansgruppen och sfKBT.

Glad midsommar önskas alla BTF-medlemmar!
För styrelsen,
Matilda Larsson

Nyhetsbrev från styrelsen, 2013-07-07

Ny definition av studerande

Under juni månad har flera beslut fattats. Till dessa hör en ny definition av student inom BTF, då den tidigare upplevdes som otidlig. Till studerande med berättigande till studentrabatt inom BTF räknas numera den som studerar på grundutbildning (inom yrken som psykolog, läkare, socionom, sjuksköterska, sjukgymnast etc) och som inte är medlem i föreningen. Till studerande inom BTF räknas även den som studerar på fristående kurser och som är stödmedlem i föreningen.

Ny admin för KBT-listan

KBT-listans administratör Andreas Larsson efterträds av vår kanslist Justina Gudelyte som redan gör storverk i kulisserna. Tack Andreas för dina insatser och fortsatt lycka till när du nu väljer att lämna konsultuppdraget för BTF.

Årskongressgruppen i Göteborg samordnas

Styrelsens Graciela Rovner har åtagit sig att samordna årskongressgruppen i Göteborg och förberedelserna är i full gång. I ett senare skede behövs fler personer som vill engagera sig i kongressen i olika omfattning. Den som är nyfiken och/eller känner sig manad att göra något

extra för att föra fram föreningens intressen i Göteborg med omnejd är välkommen att kontakta Graciela på graciela.rovner@neuro.gu.se

KBT-listans rutiner ses över

Flera inlägg på KBT-listan har berört hur värdefullt det är att få ta del av andras kliniska erfarenheter och forskning. Vi uppmanar till fortsatt kunskapsutbyte och positiv förstärkning. En arbetsgrupp i styrelsen ser över hur rutinerna för KBT-listan kan tydliggöras ytterligare då det tyvärr förekommit inlägg som strider mot regler och etikett för listan.

Andra frågor under beredning

Till frågor som är under beredning hör handledarkommitténs bedömningar av handledarkompetens, medlemsskapskriterierna, effektivisering av intygshandlingen, samt samarbete med sfKBT kring föreningsgemensamma intressegrupper. Flera styrelsemedlemmar befinner sig i skrivande stund på semester men vi gör vårt bästa för att besvara era frågor så snart vi kan.

Fortsatt fin sommar önskas alla BTF-medlemmar!
För styrelsen,
María Gustafsson

Nyhetsbrev från styrelsen, 2013-08-16

Hej i sensommaren!

Hänt sedan sist:

Media och opinion

Uppdatering av uppgifter samt revidering av information kring medie- och opinion på hemsidan är klar. En av styrelsemedlemmarna har medverkat i två intervjuer i magasinet "Pappa" och "Vi Föräldrar".

Stipendier och priser

Arbete pågår med olika förslag till hur man kan lyfta fram pristagare på hemsidan på ett bra sätt, och förhoppning finns att detta kommer igång under hösten.

KBT-listan

Arbetet med att se över regelverket för KBT-listan är på gång, och förbättringsförslag arbetas fram.

Infogrupp och annons

Förbättringsarbete kring rutiner vid annonsering kommer att påbörjas under hösten.

I övrigt har inte så mycket skett, p g a att sommaren varit lång, varm och behaglig.

För styrelsen,
Margareta Bylund-Andersson

Styrelsen:

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

Mediakontakt:

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

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist:
btf.kansli@gmail.com
Andreas Larsson, KBT-listan:
btf.listadmin@gmail.com
Anders Görling, webbredaktör
Revisorer:
Rolf Olsson
Johan Wetterlöf
Revisorssuppleanter:
Håkan Wisung
Lotta Reuterskiöld
Medlemsregistrerare:
Cecilia Brant-Lundin
Piret Kams
Valberedning:
Johanna Morén
Maria Jannert
Vendela Zetterqvist
Hemsidor och IT:
Lars Ström

Nätverk:

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

Redaktionen Cognitive Behaviour Therapy:

Per Carlbring
Gerhard Andersson
Maria Tillfors

Handledarkommittén:

Eva Magoulas
Mehrhad Beigi
Eva Gafvelin-Ramberg
Marianne Lundahl

Krönika

På västfronten en massa nytt



Text:
Michaela Johansson

För er som faktiskt läser krönikan (läs: ja, DU!), så kan jag informera om att jag har legat på latsidan med mina ansträngningar att nå den japanska befolkningen i Barnet. Jag jobbar vidare med mina studier och lär mig just nu kanji, de kinesiska tecken som förmedlar hela ord/begrepp, snarare än bokstäver. Tyvärr går det ohyggligt trögt, och den japanska klient som jag nu har fått tag på undanber sig att jag pratar japanska alls. Så mycket för den planen, men jag jobbar på!

Det känns intressant och överväldigande dödsläskigt på samma gång.

Istället har jag skaffat mig ett nytt jobb. Ja, eller ett TILL jobb. Jag börjar som Associate Lecturer and Tutor in CBT vid Birkbeck University i London i oktober. Det känns intressant och överväldigande dödsläskigt på samma gång. Visserligen har jag erfarenhet av att leda grupper, föreläsa om KBT för grupper av klienter och handleda mina trainees i KBT. Men cirka 30 av dem på en gång? Ingen fara, jag förusätter att jag kommer att habituera till det. Genom flooding..

Vidare apropå jobb då. Ibland blir det inte riktigt som man vill, helt enkelt. Nyligen gick ansökningstiden ut för ett jobb som jag har väntat länge på, som psykolog i ett team under David Clarks regim. Jobbet var dock stationerat i Oxford, vilket hade inneburit en svår pendling

från London, och ännu värre från Leighton Buzzard i Bedfordshire, dit vi kommer att flytta i början på nästa år. Jag antar att Clark får klara sig utan mig ett tag till.

Jag försöker också att sätta upp min egen privatpraktik i London, troligen i Highgate och Euston. Det blir en bra balans till att jobba inom NHS (National Health Service). Speciellt eftersom min nuvarande tjänst inom IAPT börjar kännas lite som att den inte går någonvar. Jag har varit inom samma team i snart tre år och är den enda kliniker som fortfarande är kvar. Andra kommer och går, klarar inte av tempot och går vidare. Jag har stannat för en chans att växa, få kontinuitet och successivt jobba mig uppåt. Det känns något tråkigt när det nu kommer att utlysas en tjänst som senior clinician med handledarinslag, något jag redan jobbar som i stora drag men inte får betalt för. Istället för att ge mig chansen att växa in i den rollen och dra nytta av min kännedom om

Jag antar att Clark får klara sig utan mig ett tag till.

verksamheten så har ledningen valt att lysa tjänsten externt och har inte ens påtalat det till mig. När jag har vidtalat mitt intresse har jag fått svaret att jag får söka om jag vill (men tack!), men att jag inte har några garantier. Jag slutar därför krönikan med att slänga ut en förfrågan - om någon har några bra förslag på vart jag annars ska söka mig, så får ni gärna maila mig: michaela.johansson@nhs.net

Hett just nu:

- Ny tjänst som Associate Lecturer and Tutor in CBT vid Birkbeck University
- Snart kommer det nya trainees = en ny laddning av söta små färskingar att handleda
- Att gå i giftastankar och lägenhetsköparplaner...

Kallt just nu:

- Att behöva ha två jobb för att få ihop pengar till att köpa en lägenhet. UTANFÖR London!
- Att inte få en bättre tjänst trots att jag behandlar flest klienter med mest komplexa problem av alla kliniker i teamet
- Undermålig mat och underhållning på BABCP:s årskongress. "Kanapeerna" var chips, vår båt blev bordad av polisen och toaletterna svämmade över. Jag saknar BTF...

NYHET!

UP Unified Protocol

Unified Protocol är en **affektfokuserad, integrativ KBT metod** som förenar verksamma, evidensbaserade principer från alla tre vågorna av KBT. Syftet är att ha en gemensam, flexibel behandlingsmanual för all ångest- och depressionsproblematik. UP bygger på gedigen forskning om affektreglering och känslomässigt undvikande, och är en intensiv korttidsbehandling som ger ersättning enligt rehabgarantin. Läs mer på interagerapsykologi.se

- 8 heldagar.
- Rabatterat pris vid anmälan före 30/6
- Under ackreditering som specialistkurs.
- Ger certifiering som UP-terapeut med godkänd handledning och skattning av inspelade sessioner.
- Stor vikt läggs vid konkret färdighetsträning.
- Kursstart i Göteborg oktober 2013.
- Kursstart i Stockholm oktober 2013.



Mindfulness i psykologisk behandling*

KURSDATUM: 5-6 NOVEMBER
4-5 DECEMBER

Kursen är förhandsackrediterad som specialistkurs



IPT Nivå A med klinisk tillämpning*

KURSSTART: 7/10

Kursen är förhandsackrediterad som specialistkurs



IPT klinisk fördjupning*

KURSSTART: 27/8

Kursen är förhandsackrediterad som specialistkurs

Vår uppgift är att utveckla. Utveckla hela branschen och yrkesrollen. Vårt mål är bra resultat och bättre lösningar. Därför måste vi prova nya sätt att lösa problem, omsätta teorier i praktiken och kombinera flera synsätt och metoder – oavsett vad som är kutym i branschen. Vi är alltid öppna för diskussion och dialog. Och vi vågar tänka om. Om och om igen. Helt utan prestige.

Läs mer om alla utbildningar, se de senaste filmerna på Interagera Play och ladda ner verktyg m.m. på www.interagerapsykologi.se

interogera[®]
Verksam Psykologi

”TESTA PÅ”

KAMPANJ

3 MÅNADERS TESTPERIOD



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

PsykBase står för:
Användarvänlighet
Säkerhet
Drift
Service

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

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