

Beteende terapeuter

Samlarsyndrom

Beskrivning och behandling



BTF:s priser 2016 – Pristagarnas kommentarer

EABCT:s president Paxling – Dagarna före den stora kongressen

Dermatillomani och trichotillomani – Nenad Paunović rapporterar från David F Tolins workshop i Uppsala

Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare

Nenad Paunovic, vetenskaplig redaktör

Johan Westöö

Michaela Thomas

Styrelsen

Linda Jüris, ordförande

linda.juris@kbt-centrum.se

Henrik Engelman, medlemssekreterare

hj.medlemssekreterare@gmail.com

Diana Fabian, kassör

diana.fabian@kbtvast.se

Övriga ledamöter

Alexander Rozental

alexander.rozental@psychology.su.se

Monica Buhrman

Monica.Buhrman@psyk.uu.se

Erik Hjalmarsson

erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se

Lena Fagerström

lenfa593@gmail.com

Li Wolf

li.wolf@neurokbtbg.se

Lise Bergman Nordgren

lise.bergman.nordgren@liu.se

Sarah Vigerland

svigerland@gmail.com

Sara Elfstrand

saraelfstrand@hotmail.com

Daniel Björkander

daniel.bjorkander@hotmail.com

Amira Hentati (studeranderepresentant)

amira.e.hentati@gmail.com

Redaktionellt

När jag skriver detta är det bara några få dagar kvar till EABCT2016 drar igång. Jag är knappast den enda som sett fram emot kongressen länge, det ska verkligen bli spännande och intressant att delta! Det är mycket som måste planeras och förberedas inför ett så stort arrangemang och flera BTF- och sfKBT-medlemmar har lagt ner ett hästjobb på att allt ska klaffa. Inte minst Björn Paxling, som sedan drygt ett år tillbaka bidragit med rapporter från EABCT-arbetet till vår medlemstidning. Björn intervjuas om de sista kongressförberedelserna i detta nummer.

Eftersom BT nummer 3 går i tryck ungefär samtidigt som kongressen äger rum hinner vi tyvärr inte rapportera från EABCT2016 i detta nummer. Det finns dock för- och nackdelar med det mesta som en av mina kollegor brukar säga – du som läsare kan se fram emot ett fullspäckat nummer 4 i december! Och numret du håller i handen är inte heller fy skam. I maj deltog BT:s vetenskapliga redaktör Nenad Paunović i två workshops med David Tolin där tillstånden samlarsyndrom, trichotillomani och dermatillomani avhandlades. Missa inte Nenads heltäckande artiklar!

Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

KBT för trichotillomani och dermatillomani.....	4
Krönika.....	14
Björn Paxling inför EABCT2016.....	16
BTF:s pristagares kommentarer.....	20
Anteckning 15 - Den terapeutiska KBT-relationen.....	21
Samlarsyndrom (hoarding disorder).....	22
KBT för samlarsyndrom.....	27
Styrelsesidor.....	34

Manusstopp för nästa nummer: 10 november 2016

Bidrag skickas till: marvette@hotmail.com

Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Ashim D'Silva (Unsplash.com)

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare:

Sommarjobb!

Den här sommaren har varit en högst ovanlig BTF-sommar - i stället för att gå på sparlåga under semestern har styrelsen arbetat hårt för att förbereda inför EABCT16. Montrar skulle bemannas, paneldebatter ordnas, tal skrivas och hållas, möten genomföras. Roligt har det varit!

Mycket, mycket hårdare har såklart styrgruppen för EABCT arbetat, med Björn Paxling i spetsen. Jag är oerhört imponerad över hur väl allt fungerat med alla förberedelser, och hur det som ibland inte fungerat så väl problemlöst på lysande sätt! Hoppas hela styrgruppen nu tar en välförtjänt vila och att ni uppskattar BTFs och sfKBTs gemensamma present till er (ledtråd i bilden)!

En av systerföreningarna till BTF är kosovariska KACBT. Den har inte många medlemmar, vilket hänger samman med att Kosovo har väldigt få utbildade psykologiska behandlare. Kosovo förklarade sig självständigt 2008. För första gången deltog Kosovo i sommar i olympiska spelen, och det är faktiskt så att 12,5 % av de atleter som representerade Kosovo i Rio tog guld, verkligen bra statistik!

I början av sommaren fick jag och mina närmaste medarbetare möjligheten att resa till Kosovo för att genomföra vår mottagningsplaneringsdag. Vi passade på att i samarbete med svenska ambassaden och universitetet i Pristina hålla en kostnadsfri workshop för psykologiska behandlare och psykologistudenter om grunder i KBT och beteendeanalys. Det blev en oväntat välbesökt tillställning, även om det är oklart 1) hur många som faktiskt förstod vad vi sa och 2) hur många som verkligen var där för att lära sig psykologi. Men vi hade trevligt i alla fall!

Kulturkrocken var ett faktum, som gav upphov till intressanta diskussioner. Att ge av sin tid och kunskap är nog enklare om en har ett överflöd.



Kosovariska psykologer



Dragonkhan!

Psykologen som tackade oss efteråt sa i sitt tal att den allra största lärdomen för dem var att vi genomförde workshoppen utan att ta betalt. Det verkade vara en märklig företeelse, vilket flera kosovariska personer tydligt påpekade för oss. Kulturkrocken var ett faktum, som gav upphov till intressanta diskussioner. Att ge av sin tid och kunskap är nog enklare om en har ett överflöd.

När detta går i tryck är EABCT16 över. Då återstår att börja förbereda sig för årsmöteskongressen i Uppsala i mars 2017. Ett av våra teman blir prevention. Vi har en strålande och ovanligt stor årsmötesgrupp i full gång men vill gärna ha fler medlemmar, om du är intresserad av att ingå i årsmötesgruppen i Uppsala – hör av dig till mig!

Linda Jüris
Ordförande i BTF



Kognitiv beteendeterapi för trichotillomani och dermatillomani

Workshop med David F Tolin, maj 2016, Missionskyrkan i Uppsala

Följande text är exakt återgiven utifrån ordningsföljden i David Tolins föreläsning.

1. Beskrivning av trichotillomani och dermatillomani

Merparten av informationen i denna artikel är skriven utifrån det man vet om trichotillomani. Tolin uppgav dock att man tror att mycket av det man vet om trichotillomani även antas vara relevant för behandling av dermatillomani.

Diagnostiska kriterier och karakteristika för trichotillomani

DSM-5-kriterierna för trichotillomani är följande:

- Återupprepad hårutryckning av ens egna hårstrån vilket resulterar i hårförlust
- Upprepade försök att minska eller stoppa hårutryckningen
- Hårutryckningen leder till kliniskt signifikant psykisk plåga eller funktionsnedsättning i sociala, yrkesmässiga och andra viktiga funktionsområden
- Dessutom ska störningen inte förklaras av ett annat (a) medicinskt tillstånd, eller (b) psykisk störning (två delkriterier)

Hårutryckningen kan ske från vilken del av kroppen som helst, men de vanligaste delarna är hår från huvudet, ögonbrynen och ögonlocken. Det förekommer även utryckning av könshår, ansiktshår och från vilka delar av kroppen som helst i övrigt. Vissa personer rycker ut sina hår under en längre tidsperiod medan andra rycker ut dem då och då under en hel dag. Detta innebär att det finns en heterogenitet med avseende på från vart och på vilket sätt människor rycker ut sina hår. Detta är viktigt med avseende på att människor kan jämföra sig med andra personer som har ett liknande beteende för att man ska komma fram till hur allvarlig deras störning är. Trichotillomani ska inte diagnosticeras om hårutryckningen endast har kosmetiska syften, eller om någon biter istället för drar ut sitt hår. Denna störning ska



Text: Nenad Paunović

Foto: Freeimages.com/Adriano Silva, Alf Lohmann, burak kanetti, Darrell Coomes, Gerla Brakkee, Iwan Beijes, Jacqueline Abernethy, Julia Freeman-Woolpert, polysyllabic pseudonym, silverhawk

således skiljas från vanlig hårutryckning som människor gör när de ordnar sitt hår, t ex tar bort några ögonbrynshår med syfte att endast forma dem.

Diagnostiska kriterier och karakteristika för dermatillomani

Dermatillomani (derma = hud, tillo = rycka), även känt som bl a "skin picking disorder" (det begrepp som Tolin använde under föreläsningen), karakteriseras av att man återupprepat skrapar loss bitar av sin egen hud, eller på annat sätt orsakar sår genom att t ex klämma och peta på pormaskar och ojämnheter i huden. Diagnostikriterierna för dermatillomani är enligt följande (kallas för Excoriation [Skin-Picking] Disorder i DSM-5):

- Återupprepad hudavskrapning, klämande av hudområde o dyl
- Det föregående resulterar i hudskador/hudförändringar (s k lesions)

- Upprepade försök att minska eller sluta med hudavskrapningen, klämmandet av huden etc
- Hudavskrapningen/klämmandet orsakar kliniskt signifikant psykisk plåga eller social, yrkesmässig eller annan funktionsnedsättning
- Hudavskrapningen/klämmandet beror inte på (a) något medicinskt tillstånd, och (b) är inte ett resultat av en annan psykisk störning (två delkriterier)

Dermatillomani: skillnad i kriterierna från DSM-IV

Dermatillomani är en ny diagnos i DSM-5. Den existerade inte i DSM-IV. Störningen återfinns bland (a) impuls-kontrollstörningar icke-specifierad, hudavskrapning/klämning av hud o dyl (d v s "skin picking"), samt (b) stereotypisk rörelsestörning (s k stereotypic movement disorder). Den har flyttats från

impulskontrollstörningar till tvångsstörningar och relaterade störningar. Man har tagit bort delkriteriet "spänning och lättnad" (s k tension and relief).

Prevalens

Man vet inte så mycket om prevalensen av dermatillomani, som uppskattas till ca 1,4 % utifrån de data som finns.

Dessutom finns det inga bra epidemiologiska studier av trichotillomani. Prevalensen uppskattas till 1,2 % utifrån existerande data. Debuten inträffar oftast i barndomen, varav en grupp får störningen vid ca 7 års ålder, och en annan vid ca 11-12 års ålder (mest flickor).

Könsskillnad

För både trichotillomani och dermatillomani finns det en stor könsskillnad. I grupper som har sökt behandling för psykisk ohälsa är en stor majoritet kvinnor, männen är få. Men detta kanske inte är representativt för befolkningen i stort – det har inte studerats.

Videodokumentären "Bad hair life"

En person med trichotillomani illustrerades i en film med titeln "Bad hair life". Klienten i filmen ryckte ut sina hårstrån 15-20 minuter i taget. Plötsligt befann hon sig som i ett trans. Och plötsligt la hon märke till att hennes hår började gå upp (inför ryckningen), vilket hon inte hade lagt märke till förrän någon uppmärksammade henne på detta (i detta fall modern). Dottern (d v s klienten) uttryckte följande: "Detta problem fick min pappa att separera från mig, ingen kunde hjälpa oss". Det fungerade inte att klienten fick höra följande från människor i sin närhet: "Gör så här så blir det bra". Dessutom var även följande kommentar från klienten upplysande: "Problemet finns där innan det börjar bli riktigt allvarligt". En annan klient rakade av allt sitt hår på huvudet, men fortsatte sedan att rycka ut sina ögonfransar. Denna klient sa följande: "Jag vet inte riktigt vad det är som startar det hela". När hon hade ryckt ut alla sina ögonfransar blev hon tvungen att använda lösögonfransar. Klienten uttryckte även följande: "När jag såg härroten blev jag lättad, jag kände mig bättre... jag vill ha hår!". En annan klient

uppgav följande: "Jag ryckte ut 5 hårstrån, sög på mitt finger och rullade hårstråna runt mitt finger. Jag kan hålla på och rycka ut mina hårstrån 6-8 timmar. Plötsligt märkte jag att en stor hög med hår låg på golvet och då insåg jag att något inte var normalt. Det påverkade mina relationer med både män och kvinnor". En man ryckte ut sina skägg-hårstrån under ca en halv timme varje

Hårutryckningen kan ske från vilken del av kroppen som helst, men de vanligaste delarna är hår från huvudet, ögonbrynen och ögonlocken.

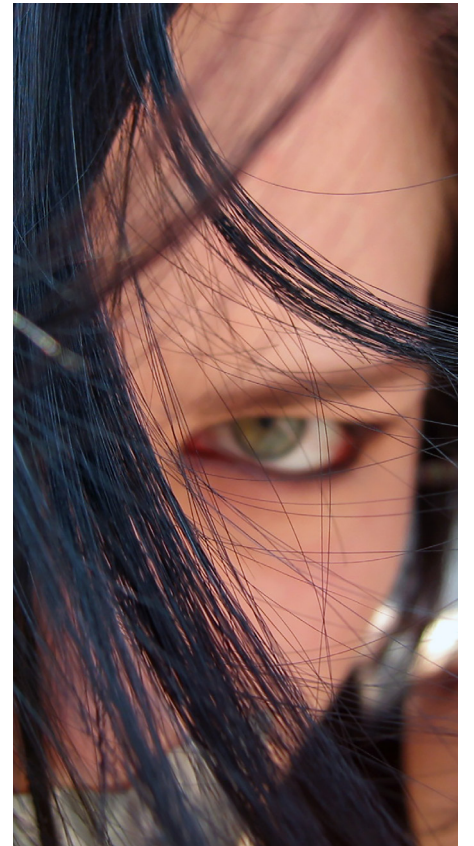
morgon med hjälp av en pincett. Under dagen gjorde han detta 10-15 minuter i taget. Han uppgav följande: "Jag ryckte ut så många gråa hår, jag ville rycka ut allihop. Man får inte ut roten vilket besvärar mig mycket". Det illustrerades hur en familj hade det där familjen försökte kontrollera ett barns trichotillomani, som påverkade familjen, deras

arbete samt sömnen. Klienten var tonåring, i en ålder när ungdomar börjar bete sig riktigt elakt mot varandra. En förälder uttryckte följande: "Kontroll är mycket viktigt för mig, jag försökte att ta tag i hennes händer. Det är riktigt smärtsamt att se ditt barn och inse att du inte kan hjälpa henne".

Olika karakteristika vid hårutryckning

Det finns en hög grad av variation mellan personer med avseende på hur hårutryckning sker samt deras olikartade karakteristika:

- Det finns ett antal platser på kroppen från vilka man kan rycka ut sina hårstrån.
- Det finns en skillnad i hur fokuserad respektive person är: allt ifrån frånvarande till mycket fokuserad.
- Vissa som är mycket fokuserade beskriver ovanliga hårstrån som de vill rycka ut, t ex krulliga hårstrån ("om jag bara kan hitta det och rycka ut det").
- Man rycker ut sina hår för att "fixa saker och ting till rätta", det ska "kännas rätt".
- Vissa som är ofokuserade rycker ut sitt hår och börjar därefter leka med det.
- Beteenden efter utryckningen av håret: vad gör man med hårstrået? Inspekterar man håret visuellt? Rycker man ut sitt hår med hjälpmedel (t ex pincett)? Gnuggar man håret mot sina läppar?



- För vissa ger det en känsla av tillfredsställelse att se hårroten och att titta på den. Det finns ett specialintresse för detta.
- Det finns även en taktil sensation, något som känns bra med hårutryckningen och/eller efterföljande beteenden.
- Hårutryckningen tar bort negativa inre tillstånd. En person sa att det kändes som att ”dra ut min ångest från huvudet”.
- Vissa klienter beskriver att de känner ett starkt begär (s k ”urge”) att dra ut håret. Dock känner andra klienter inte av något dylikt.
- Olika klienter kan uppleva en bred uppsättning av olikartad psykisk plåga och funktionsnedsättning.
- Vissa skäms för sin hårutryckning, och döljer eller maskerar beteendet så att det inte märks.
- Det finns ofta en hög grad av obehag/psykisk plåga som upplevs hos familjemedlemmar.
- Sätena för hår som rycks ut varierar:
 - Huvudet
 - Ögonbryn och ögonfransar
 - Könnsregionen, vilket är vanligare hos vuxna
 - Ben, armar, bälgen, mustasch, skägg

Beskrivning av hårutryckning och hudavskrapning/hudklämning

Vad gäller hudavskrapning/hudklämning hos vuxna så sker detta oftast i ansiktet, och därefter oftast på armarna och benen, på baksidan av händerna m m. Vid båda störningarna är hårutryckningen och hudavskrapningen/hudklämningen ibland mycket medveten, och ibland helt omedveten (s k *fokuserad* vs *ofokuserad*). När beteendet är medvetet existerar det en uppsättning mycket medvetna sekvenser av beteenden. Bl a när en

Det verkar finnas en genetisk komponent i dessa störningar.

person försöker rycka ut ovanliga hår, eller när man letar efter en icke-reguljär skinnformation. Vid ofokuserad hårutryckning eller hudavskrapning lägger man inte medvetet märke till beteendet. Ofta slutar man med beteendet när man blir distraherad med hjälp av en annan aktivitet. De flesta människor brukar ha en blandning av medvetna och icke-medvetna hårutryckningar. Både barn och vuxna kan vara mer eller mindre medvetna om sin hårutryckning en stor del av tiden. Graden av fokus

är relaterat till ålder och ökar vanligtvis med åldern.

Hur startar beteendena?

Vad är det som utlöser hårutryckning? Följande är exempel som kommer från klienter, på sådant som utlöser deras hårutryckning:

- Tristess
- Stress
- Att det kliar någonstans

Klienter uppger att de försöker stå ut med klådan, men att de till slut inte orkar längre varpå de börjar rycka ut sina hår. De steg som sker från utlösande stimuli till att man rycker ut sina hår varierar från person till person.

Beteenden efter hårutryckningen

Vid trichotillomani är det vanligt att personer manipulerar håret med sina fingrar. Detta är det vanligaste beteendet. Ibland gnider vissa personer sina hårstrån mot sina läppar, ibland biter man på håret – särskilt roten, ibland tittar man på roten, biter av den och sväljer den.

Beteendekedja

Beteendekedjan består av följande beståndsdelar:

- Situation
- Känsla/tanke
- Förberedande beteende
- Hårutryckning, hudavskrapning/hudklämning
- Beteenden efter hårutryckningen, hudavskrapningen/hudklämningen (s k *post-pulling behaviors*)

Situationen som väcker en känsla kan med tiden bli allt lättare att identifiera.

Personen kontrollerar sitt känslotillstånd som i sin tur tolkas på störningsspecifika sätt, t ex ”jag måste rycka”. Det förberedande beteendet följer därefter.

Man inspekterar och letar efter en särskild typ av hår att rycka loss, t ex gråa hår. Man känner efter med fingrarna på vad som utgör ett ovanligt hår, d v s med den taktila känslan. Vid hudavskrapning/hudklämning kan man med fingrarna leta efter en bula. När den specifika typen av hår eller skinnbula har identifierats är det dags att genomföra själva beteendet, d v s att rycka ut sitt hår eller skrapa samt på andra vis få bort den specifika typen av hud som man har hittat. Efter hårutryckningen,

hudavskrapningen/hudklämningen följer andra beteenden, s k ”*post-pulling/picking behaviors*”, t ex att linda håret runt ett finger, att gnida det mot läpparna eller något annat störningsspecifikt beteende.

Funktionsnedsättningar vid trichotillomani hos vuxna

Det finns ett antal funktionsnedsättningar hos vuxna som Tolin illustrerade enligt följande:

- 96 % undviker social interaktion på grund av att man inte vill att andra ska se att man rycker i sitt hår eller har fått en hårförlust
- Minskade fritidssysselsättningar
- 71 % uppvisar minskad arbetsproduktivitet
- 64 % uppvisar försämrad fysisk hälsa, primärt dermatologiska problem

Funktionsnedsättningar vid trichotillomani hos barn

Det finns ett antal funktionsnedsättningar hos barn som Tolin illustrerade enligt följande:

- 56 % undviker sociala händelser
- 51 % har svårigheter att studera
- 36 % har svårt att klara sig i skolan
- En ökad grad av stress hos föräldrarna som påverkar barnen negativt

Medicinska komplikationer

Vid trichotillomani kan man utveckla ”hårboll” som ett resultat av att man sväljer hår. Detta innebär att hår samlas i matsmältningssystemet. Hårbollen kan växa i magen eller matsmältningssystemet och man kan få ärr, magsår, infektioner m m.

Komorbiditet

Tolin presenterade följande komorbiditet vid trichotillomani:

- Depression 38 %
- Ångest 12 %
- OCD 7 %

Tolin presenterade följande komorbiditet vid dermatillomani:

- Depression 41 %
- Ångest 3 %
- OCD 14 %

2. Att förstå trichotillomani och dermatillomani

Båda dessa störningar beskrivs som kroppsligt fokuserade repetitiva beteendestörningar. Tolin presenterade en biopsykosocial modell för dessa störningar vars beståndsdelar presenteras härnäst.



Biologisk sårbarhet

Det verkar finnas en genetisk komponent i dessa störningar. Det verkar som om en existerande störning inom familjen ökar sannolikheten för att man ska utveckla störningarna. I en studie hade man jämfört trichotillomani i familjer och jämfört dem med OCD och normala kontrollpersoner. En högre grad av störningen har kopplats till impulsivitet och hur serotonin bearbetas i kroppen i en högre utsträckning än vid OCD. Man har även funnit skillnader i cerebellum, både en strukturell och en funktionell upptäckt. Vad gäller strukturella upptäckter har man funnit skillnader i hur hjärnan används, samt aspekter i det sensoriskt-motoriska klustret i cerebellum. Man har funnit en korrelation mellan trichotillomani och en mindre volym av det sensoriskt-motoriska klustret i cerebellum. Tjockleken på cortex har upptäckts vara för stor inom vissa regioner. Man vet inte om detta innebär något bra eller dåligt. Man har funnit att ”CCTC loop” – områden verkar aktivera varandra och potentiellt varandra. Det finns ett överskott av vissa motoriska vanor och sensoriska bearbetningar. De funktionella bristerna består av att man har svårare för att avsluta rörelser, samt att det existerar en minskad känslobearbetning och känslomässig medvetenhet. Effekterna av den biologiska sårbarheten antas vara följande. Dess utgångspunkt verkar utgöras av att sårbara personer upplever negativa inre tillstånd, obehagliga känslor, aversiva fysiologiska tillstånd, samt har problem med dysreglering (hypo- eller hyperarousal). Med andra ord är dessa individer kroniskt uttråkade (upplever konstant tristess) samt understimulerade. Den biologiska

sårbarheten verkar även ha en viss grad av direkt påverkan på hårutryckningen.

Beteendetriggers till hårutryckning

Utlösande stimuli till hårutryckning kan utgöras av följande:

- Negativa inre tillstånd
 - Diskriminativa ”cues” (stimuli): kontextuella stimuli (t ex grått hår), automatiska tankar, hårrelaterade taktila eller visuella stimuli
 - Begär att rycka ut hår, t ex: ”*Det är som om det kliar och att jag måste rycka ut det*”
 - Vissa människor har inga tydliga utlösande stimuli, handen ”bara går upp”
- Diskriminativa stimuli uppkommer oftast i följande situationer:
- 90 % framför TV:n
 - Nästan 90 % när man studerar eller läser något
 - Hos majoriteten inträffar de när man pratar i telefon, när man ligger i sängen, eller när man kör bil
 - Ungefär hos hälften inträffar de när man arbetar eller ska delta i undervisning

Vanligaste och mindre vanliga triggers utgörs av följande:

- De vanligaste utgörs av följande: 1. tristess, samt 2. att känna sig stressad (vanligast vid dermatillomani)
- Mindre vanliga triggers utgörs av följande: 1. syn, 2. trötthet, 3. ensamhet, och 4. humör (endast dermatillomani).

Negativa känslor innan och efter hårutryckningen

Följande känslor upplevs innan, under och efter hårutryckningen:

- *Innan*: uttråkade, ledsen, arg, ångestfylld, skuld, spänd.

- *Efter*: efteråt upplevs en signifikant mindre grad av tristess, spänning och ångest. Den känsla som ökar är skuld över hårutryckningsbeteendet.

”Att fixa till”

Vid trichotillomani dras individen till hår som står ut på något sätt. Man upplever det som att det är något som måste ”fixas till”. T ex grått hår, lockigt hår, asymmetriskt hår. Vid dermatillomani existerar det ojämnheter i huden. Den vanligaste ojämnheten är sårskorpor som är ett resultat av hudavskrapningen/hudklämningen i sig. Detta resulterar i sin tur i utvecklandet av ännu fler sårskorpor. Andra ojämnheter som nämns är hår som nyligen har börjat växa ut, acne samt mindre bulor i huden.

Den förstärkande funktionen av hårutryckning

Positiv förstärkning innebär att individen upplever ökade njutbara sensationer, t ex när man rycker ut och ser hårroten. Detta ökar sannolikheten för att individen kommer att fortsätta med hårutryckningen. Det sker en minskning av obehagliga sensationer vilket innebär att det även sker en *negativ förstärkning*. Detta ökar sannolikheten ytterligare för att individen kommer att fortsätta med hårutryckningen. Den förstärkande funktionen av hårutryckningen varierar från person till person, samt från en tidpunkt till en annan. I en studie som Tolin refererade till fann man ingen skillnad vad gäller typen av förstärkning hos olika individer. Man kände hela tiden eller större delen av tiden en spänning innan och välbehag samt lättad efter hårutryckningsbeteendet.

Att förstå impulsivitet vs. kompulsivitet

Vid impulsivitet är man driven av ett begär att få en positiv känsla. Det finns inga bromsklossar eller självkontroll med avseende på när det inte är lämpligt att gå efter en positiv känsla. Beteendena är repetitiva. Hårtryckningen känns bra. Det är ett positivt förstärkande beteende som man misslyckas med att inhibera och kontrollera. Impulsivitet skiljer sig från kompulsivitet (t ex vid OCD). Vid kompulsivitet är beteendena drivna av rädsla eller något typ av obehag. Klienter beskriver inte beteendet som behagligt, man känner sig helt enkelt inte bra. Kompulsivt beteende är ett negativt förstärkande beteende som innebär att man flyr från att uppleva negativa känslor. Sammanfattningsvis, vid impulsivitet har man ett närmande beteende till att uppleva behagliga känslor. Vid kompulsivitet har man ett flykttbeteende som innebär att man flyr från negativa/obehagliga känslotillstånd.

Är hårtryckning och hudavskrapning/hudklämning mer behagligt än smärtsamt?

Hårtryckning och hudavskrapning/hudklämning resulterar i mer välbehag än smärta. Man får en minskning i sin smärta över tid medan välbehaget kvarstår. En vanlig kommentar är följande: "det brukade göra ont". Över tid försvinner smärtan alltmer, och välbehaget tar över helt. Det är ungefär som när man lägger in sina händer i is. Till slut känner man ingen smärta (s k "conditioned analgesia"). Upplevelsen av smärta ändras på samma sätt över tid vid hårtryckning.

Fördröjda konsekvenser

Hårtryckning och hudavskrapning/hudklämning har negativa sociala och känslomässiga konsekvenser. Det finns ökade inre negativa tillstånd samt ett begär att rycka ut sitt hår. Vad händer med de känslomässiga konsekvenserna efter hårtryckningen? Upplevelse av skuld ökar, man känner sig mindre ångestfylld, den fysiologiska aktiveringen går ner, och man känner sig mera arg och ledsen. Summan av alla effekter blir ungefär noll om man slår ihop dessa upplevelser.

3. Vad är det som fungerar och inte fungerar? Beskrivning av behandling för trichotillomani och dermatillomani

Behandlingsmodellen för båda dessa störningar utgår ifrån en biopsykosocial modell. Den utgår från följande beståndsdelar:

- **Biologisk sårbarhet:** för att motverka hårtryckning utifrån den biologiska komponenten har man formulerat två interventioner: (a) antidepressiva eller antiångestmedicinering, samt (b) kognitiv beteendeterapi.
- **Negativa inre tillstånd:** man intervernerar utifrån den beteendemässiga nivån. Olika diskriminativa stimuli utgör en signal till motsvarande lämpliga beteendemässiga åtgärder. Samtliga diskriminativa stimuli kan hanteras med stimuluskontroll. Inre negativa tillstånd samt begär som är förknippade med utlösandet av hårtryckning hanteras med "habit reversal". Man har även postulerat att begär att rycka ut sitt hår kan hanteras med ACT.

Man intervernerar på flera förstärkningsnivåer:

- Den **positiva förstärkningen** antas kunna motverkas med hjälp av opioidantagonister (s k *opioid antagonists*). Denna medicinering antas kunna förhindra beteenden som sker efter hårtryckningen (s k "post-pulling behaviors"). Här menar man att man "slår ut förstärkningen" (s k "knock out the reinforcement").
- Den **negativa förstärkningen** antas kunna motverkas genom att man t ex använder sig av en klocka på sin handled och en sensor som utlöser ett alarm när man tar upp handen till en viss höjdnivå. Detta utgör en slags alarmfunktion. Man antar att individen som ett resultat av denna åtgärd inte ska kunna känna sig bättre av det vanemässiga beteendet.

Behandling av fördröjda konsekvenser

De negativa sociala och känslomässiga konsekvenserna kan behandlas med familjeterapi och kognitiv beteendeterapi. Familjeterapi kan minska den skada som har skett på det sociala stödjande nätverket. Kognitiv beteendeterapi antas kunna avbryta processen vid störningarna.

Fluoxetin

Fluoxetin har i en RCT jämförts med placebo vid trichotillomani. Man fann ingen skillnad i interventionerna vad gäller allvarlighetsgraden av

hårtryckning samt förlusten av hår. Vid dermatillomani hade de som avslutade behandlingen en liten förbättring i beteendet, annars fanns det ingen skillnad gentemot placebobetingselen. Sammanfattningsvis finns det endast en liten ljusglimt av hopp vid behandling av dermatillomani 6 veckor efter behandling, baserat på en enda studie.

Habit reversal-terapi är en effektiv behandling för trichotillomani och dermatillomani

Habit reversal-terapi har visat mycket starka resultat vid behandling av trichotillomani. Man kunde se ett allt bättre resultat efter 8 respektive 16 veckors behandling. Vid dermatillomani kunde man se liknande resultat efter 3 veckors behandling. Efter behandling och vid 3 månaders uppföljning var resultaten lika goda. I en studie av Van Minnen ledde habit

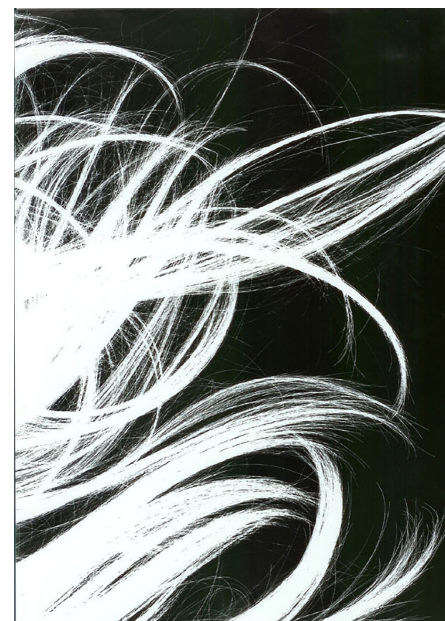
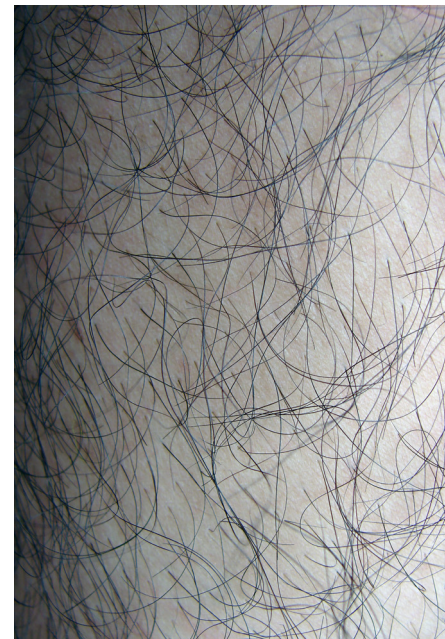
reversal-terapi till en mycket stor förbättring, 65 %, jämfört med fluoxetin som ledde till en svag förbättring, 10 %, som var mindre än väntelistegruppen, 20 %. I en annan studie fann man att klomipramin inte ledde till ett signifikant bättre resultat, HRT ledde till en mycket stor minskning av symptomen, och placebo till ingen förändring. Naltrexon för trichotillomani som antas kunna slå ut den positivt förstärkande effekten av hårtryckning fungerade inte. Man jämförde Naltrexon med en placebobetingselse. N-acetylcystein fungerade heller inte i detta avseende.

Modifiering av habit reversal-terapi

I en studie har man kombinerat ACT och habit reversal-terapi och jämfört med en väntelistegrupp. Adderingen av ACT till habit reversal-terapin ledde till en signifikant minskning av symtom efter behandlingen med en viss minskad effekt efter 3 månader. 65 % responderade på terapin. DBT har adderats till habit reversal-terapin som behandling för trichotillomani i en studie och jämförts med MAC. Resultatet blev en signifikant minskning i symptom med 60 % som responderade på terapin. Vid en metaanalys av behandling för trichotillomani har man kommit fram till följande slutsatser:

- Habit reversal-terapi har en effekt på 1,2 jämfört med väntelistebehandling
- Klomipramin har en effekt

Över tid försvinner smärtan alltmer, och välbehaget tar över helt.



på 0,65-0,7 jämfört med placebobetingselen

- SSRI har ingen effekt överhuvudtaget

För långtidsuppföljningar uppges följande:

- Förbättringen av habit reversal-terapi ökar efter 2 år
- Förbättringen av den gruppbase-erade habit reversal-terapin ökade vid 6 månaders uppföljning
- ACT + habit reversal-terapi ledde till försämrade resultat vid 3 månaders uppföljning
- DBT + habit reversal-terapi ledde till försämrade resultat vid 6 månaders uppföljning

Slutsatser som dras av den sistnämnda sammanfattningen är att det förmodligen inte är en bra ansats att utgå från kortvariga behandlingar. Tolin föreslog att det kanske är bättre att man tillhandahåller en längre terapi på sikt under tiden som man väntar på uppföljningsresultat.

Prediktorer för återfall

Den starkaste prediktorn för återfall utgörs av hur väl behandlingen gick under den första behandlingsperioden. Det är viktigt att under den första tiden minska hårtryckningen så mycket som möjligt. Ett dåligt initialt resultat utgör en stark prediktor för återfall. Lägre allvarlighetsgrad utgör en minskad risk för återfall.

4. KBT: kärninterventioner (d v s nödvändiga komponenter) samt kompletterande interventioner (vid-behov) för trichotillomani och dermatillomani

Nödvändiga behandlingskomponenter utgörs av funktionell bedömning, psykoedukation samt habit reversal-terapi. Kompletterande eventuella åtgärder utgörs av ACT, motiverande samtal, kognitiv terapi samt "cue exposure".

Kärnintervention 1: Funktionell bedömning

Syftet är att lära sig att förstå symtomens topografi samt kontexten i vilken de inträffar. Den funktionella bedömningen genomförs med hjälp av självskattningar, strukturerade intervjuer och en funktionell analys. Härnäst presenteras grundläggande mätningar:

- Självskattningsskalor:

◦ *Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale* (MGH-HPS) – det grundläggande mätinstrumentet för hårtryckning hos vuxna.

◦ *Trichotillomania Scale for Children* (TSC)

◦ *Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania Adult and Child Versions* (MIST-A and MIST-C) – mäter fokuserad vs ofokuserad uttryckning

- Strukturerade intervjuer: det existerar inte någon DSM-mätning som täcker trichotillomani och dermatillomani, följande relevanta mätningar presenteras härnäst:

◦ *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Neuropsychiatric Disorders* (DIAMOND)

◦ *NIMH Trichotillomania Scale – Severity and Impairment* (NIMH-TSS and NIMH-TIS)

◦ *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Trichotillomania* (Y-BOCS-TM)

- Funktionell analys:

◦ Instrument

◦ Var?

◦ Undersökande

◦ Automatisk vs fokuserad

uttryckning

◦ Skattningsskalor

◦ Komorbida tillstånd

◦ Antecedenter: föregående

kognitioner, begär, känslor

◦ Postuttrycknings-,

avskrapnings/klämningsbeteenden

◦ Omständigheter i vilka

uttryckning, avskrapning/klämning kan inträffa

Syftet med funktionell analys är att undersöka följande i tur och ordning: 1. antecedenter (triggers), 2. uttryckning, avskrapning/klämning, och 3. konsekvenser (förstärkare).

Var inträffar uttryckningen/skrapningen?

Detta handlar om platser eller aktiviteter. T ex när man kör bil, läser, tittar på TV, när man befinner sig i skolan, när man är alltför stressad eller när man är upptagen med någonting annat (oavsiktligt). Om man tar stress som ett exempel kan detta innebära olika saker. Man kan vara stressad på kvällen därför att man tänker på sitt arbete den kommande dagen, man kan vara nervös och stressad över något annat, eller man kan vara allmänt stressad utan att det har någon koppling till en plats. Andra känslor kan också utgöra antecedenter. Dessutom kan utseendet spela en roll. Om t ex ögonlocken står ut på ett "konstigt" sätt och man tycker att det ser "lustigt" ut, kan man börja rycka ut ögonfransar. En vanlig upplevelse som kan utlösa uttryckning, avskrapning/klämning är tristess.

Undersökande: T ex kan en individ undersöka sitt hår och sin hud med sina fingrar. Exempel på vad man kan hitta

är att något hår är för kort eller står ut på något särskilt sätt (t ex är grått). Frågor som man kan ställa är följande (med exempel på svar):

- "Var rycker du ut ditt hår/skrapar/klämmer du din hud?": T ex kan ett instrument som en pincett användas för att rycka ut ögonbryn, hårstrån från huvudet, ögonfransar etc, det är mindre vanligt att rycka ut ansiktshår, könshår, samt hår från armar och ben.
- "Vad exakt är det du gör?": T ex "Jag rycker ut det direkt, men jag rullar inte ihop håret".
- "Och vad händer sedan?": T ex "Jag känner mig bättre"
- "Märker du att din ångest eller stressnivå minskar?": T ex "Ja!"
- "Känner du roten av ditt hår?": T ex "Ja, jag fortsätter tills jag har ryckt upp hårroten".
- "Känner du dig nöjd då?": T ex "Ja, när jag har ryckt upp det korta hårstrået" eller "Det känns mindre dåligt".
- "Känner du dig glad?": T ex "Ja".
- "Känns det bra på din hud?": T ex "Ja".
- "Hur känns det när du rycker ut hårstrået?": T ex "Det kittlar lite".
- "Vad gör du med håret?": T ex "Jag gnuggar det på mitt ansikte" eller "Jag lindar det runt mitt finger".
- "Hur länge gör du detta?": T ex "Ett par minuter".

Exempel på frågor vid stressiniterad hårutryckning:

- "Har du någonsin tagit in hår i din mun?"
- "Biter du på hårstråna?"
- "Var biter du hårstråna?"
- "Sväljer du hårstråna?"
- "Är du medveten om vad du gör med ditt hår?"
- "Leker du ibland med håret med dina fingrar?" Känns det bra att göra det?

Kommunikationsstil: Man ska förmedla relevanta fakta till klienter med trichotillomani och dermatillomani. De störningsspecifika beteendena upplevs ofta som pinsamma för klienterna. Det är dessutom särskilt pinsamt när man lägger till att många klienter äter sitt hår och rycker ut sina könshår. Det är viktigt att fråga om dessa typer av beteenden på grund av att klienter annars kanske inte skulle ta upp dem. Användandet av funktionell analys är ett sätt att förklara hur trichotillomani fungerar samt lite om interventionen (d v s man börjar med psykoedukationen). Man förklarar att

implementeringen med *habit reversal* ser olika ut mellan olika klienter. Man tittar på vad det specifika beteendet har för funktion för den specifika klienten.

Kärnintervention 2: Psykoedukation

Klienten ska förstå den kognitiva beteendeterapeutiska modellen. Man ska prata om cerebellum, cortex, impulsivitet, förstärkning, triggers, negativa långsiktiga konsekvenser m m. Man ska ta upp behandlingsalternativ. Man ska inte endast fokusera på vad man gör (beteenden) utan även varför man gör som man gör (funktion). Vad gäller kärninterventionerna för behandling av trichotillomani och dermatillomani är det viktigt att även gå igenom följande:

- Att det kan inträffa återfall på lång sikt. Klienterna måste veta detta.
- Att det därför ofta är viktigt att upprätthålla en pågående terapi, att genomföra s k booster-sessioner.

Allt detta är mycket viktigt på grund av vad som kan ske efter s k "Abstinence violation effect" (AVE). Detta innebär att man har ett initialt återfall som innebär att man återfaller i beteendet åtminstone en gång. Hur adresserar man ett sådant återfall pragmatiskt? Det är enligt Tolin troligt att klienten kommer att rycka ut sitt hår/skrapa av/klämma sin hud efter behandlingen. Det är viktigt att förmedla till klienten en realistisk kontext. Man ska beskriva symptomen vid trichotillomani och dermatillomani, beståndsdelarna av den funktionella analysen samt den biopsykosociala modellen. Det är viktigt att ta reda på klientens profil vad gäller den specifika störningen, t ex gällande hårutryckning. Även kognitiva förväntningar kan vara viktiga. Det kan vara bättre att undervisa klienterna via en dialog och sokratiska frågor än att endast försöka undervisa dem utifrån en monolog.

De störningsspecifika beteendena upplevs ofta som pinsamma för klienterna.

Kärnintervention 3: habit reversal-träning – modifierad

Habit reversal-träning består av följande komponenter:

1. Självmonitorering (d v s självobservation, s k "self-monitoring")
2. Medvetenhetsträning (s k "awareness training")
3. Oförenlig responsträning (s k "competing response training")
4. Stimuluskontroll (s k "stimulus control")

Självmonitorering

Klienten ska observera sin hårutryckning/hudavskrapning/hudklämning. Detta kan med fördel göras med hjälp av följande frågor som ska besvaras i samband med självmonitoreringen:

- När inträffade hårutryckningen/hudavskrapningen/hudklämningen?
- Vad var det som pågick då detta inträffade?
- Vart var du någonstans?
- Vad tänkte du på och hur kände du dig?
- Upplevde du några begär?
- Hur många hårstrån ryckte du ut/i hur stor utsträckning skrapade du av/klämde på huden?

Självmonitorering har inneboende brister som mätinstrument. Detta beror på att denna form av mätning är den mest reaktiva. Klienten fokuserar på sitt problem på ett sätt som hen inte har gjort tidigare, ett problem som hen inte ville fokusera på tidigare. Detta gäller särskilt ofokuserad hårutryckning/hudavskrapning/hudklämning. Syftet med självmonitorering är att bli mer medveten om det specifika beteendet. En adekvat fråga som klienten kan tänka på som hemuppgift är följande: "Skulle något kunna stoppa dig från att genomföra detta beteende?". Den enskilda klienten kanske ofta inte kan fånga upp när

exakt hårutryckningen/hudavskrapningen/hudklämningen inträffar. Men detta är å andra sidan en färdighet som troligen kan förbättras med tiden. Klienten

kan få ett kuvert i vilket hen ska lägga in sina uttryckta hår. Anledningen är att hen ska uppmärksamma mängden av hår som hen rycker ut och räkna ihop denna mängd i efterhand. Under självmonitoreringen kan klienten försöka göra något annat än att t ex gnugga sitt hår mot ansiktet eller att leka med håret. Syftet är att förändra kontingenserna, få ett slut på den positiva förstärkningen, varpå klienten med ökad ansträngning kan få en bättre kontroll över beteendet.

Medvetenhetsträning

Klienten ska öka sin medvetenhet om problembeteendet. Detta p g a att hårutryckning och hudavskrapning/hudklämning ofta är ett ofokuserat beteende, ett beteende som sker på "autopilot". Klienten ska träna sin medvetenhet om problembeteendet vilket

kan ske med olika hjälpmedel. T ex kan klienten ta på sig ett armband med beståndsdelar som låter när hen lyfter upp armen, eller klienten kan måla sina naglar med ett blänkande nagellack. Detta för att hen ska se sin hand när hen rycker ut sitt hår. Ett annat alternativ är att lägga på någon lukt runt handleden som är stark och som man direkt känner när man lyfter upp handen, eller att ha på sig ett armband som redan har en stark lukt. Man kan öva sig i de steg som leder till problembeteendet. Klienten kan återskapa några av de sekvenser som leder fram till hårutryckningen/hudavskrapningen/hudklämningen utan att faktiskt genomföra beteendet. Ett illustrativt fall exempel presenterades av Tolin enligt följande: "Det har varit en lång dag för dig, du har ätit middag och sitter nu i soffan helt utmattad och tittar på TV. Försök att sitta som du sitter i den situationen, hur skulle du vanligtvis sitta? Du lutar nu din arm på det ena soffhörnet. Sitt kvar på det sättet, lägg noga märke till detta, och beskriv så detaljerat som möjligt hur din kroppshållning är just nu. [Klienten säger: "jag lutar min arm mot soffan"]. Vad mer kan du lägga märke till? [Klienten säger: "jag känner mig trött och har min hand på mitt ansikte"]. Vad mer känner din hand av på ditt ansikte? [Klienten säger: "värme och att det känns skönt"]. Vad känner du för sensationer i din arm? [Klienten säger: "ett tryck"]. Var känns trycket? [Klienten pekar och säger: "här, det känns bra"]. Vad händer sen? [Klienten säger: "fingrarna går upp"]. Berätta för mig vad det är du gör och hur det känns [Klienten säger: "jag rör på min hårbotten, det känns bra"]. Vad är det du letar efter? [Klienten säger: "något intressant, något ojämnt"]. Försök att hitta ett lämpligt ställe och uppmärksamma vad du noterar. Är något annorlunda? [Klienten säger: "det känns ojämnt"]. Hur känns detta? Vad lägger du märke till av vad som pågår inom dig? [Klienten säger: "jag känner en ojämnhet här, det känns skönt"]. Vi har nu gått igenom rörelser som vanligtvis är på autopilot, d v s något som vi vanligtvis inte lägger märke till. Alla de små steg som är involverade för att du ska öka din medvetenhet om problembeteendet.

Oförenlig respons-träning (s k "competing response training")

Syftet med oförenlig respons-träning är att få klienten att engagera sig i ett beteende som är oförenligt med hårutrycknings- och hudavskrapnings/hudklämningsbeteendet. Begären (s k "urges") att rycka ut sitt hår eller skrapa av/klämma sin hud utgör fluktuerande och ombytliga tillstånd. Därför är det



viktigt att man gör något som hjälper en att hantera problembeteendet när begären ökar. Klienten ska göra något med sin hand som är oförenligt med hårutrycknings-/hudavskrapnings-/hudklämningsbeteendet. T ex följande oförenliga beteenden:

- Knyta näven
- Klämma på en leksak
- Klämma på en stressboll (mjuk boll som känns lugnande att klämma)
- Ta ett grepp om en penna
- Hålla handen sysselsatt

Klienten måste lära sig att skjuta upp den tid som hen sysselsätter sig i dessa oförenliga beteenden så att begäret hinna avta. Det är i detta sammanhang helt felaktigt att avsluta den oförenliga responsen under tiden som begäret fortfarande är starkt. Det kan ta tid för begäret att minska och man måste oftast experimentera sig fram för att få reda på hur länge man ska engagera sig i den oförenliga responsen. I detta sammanhang är det viktigt att man börjar engagera sig i den oförenliga responsen så tidigt i händelsekedjan som möjligt. Denna kedja ser i tur och ordning ut enligt följande:

- **Länk 1 i händelsekedjan - SITUATION:** Det mest önskvärda är att man börjar engagera sig i den oförenliga responsen framför allt i de situationsmässiga omgivningarna där begäret till hårutryckningen/hudavskrapningen/hudklämningen vanligtvis börjar.
- **Länk 2 i händelsekedjan - KÄNSLA/TANKE:** Nästa länk i händelsekedjan består av inre tillstånd och

händelser, d v s känslor och tankar.

- **Länk 3 i händelsekedjan - FÖRBEREDANDE BETEENDEN:** Nästa länk handlar om vissa typer av beteenden som sker strax innan man börjar rycka ut sitt hår/skrapa av/klämma sin hud.
- **Länk 4 i händelsekedjan - HÅRUTRYCKNING/HUDAVSKRAPNING/HUDKLÄMNING:** Denna länk utgörs av själva problembeteendet, d v s hårutryckning eller hudavskrapning/hudklämning.
- **Länk 5 i händelsekedjan - BETEENDEN EFTER HÅRUTRYCKNINGEN/HUDAVSKRAPNINGEN/HUDKLÄMNINGEN:** Den sista länken utgörs av beteenden efter hårutryckningen/hudavskrapningen/hudklämningen, s k "post-pulling behaviors".

Man kan sammanfatta händelsekedjan enligt följande:

1. SITUATION.
2. KÄNSLA/TANKE
3. FÖRBEREDANDE BETEENDEN
4. HÅRUTRYCKNING/HUDAVSKRAPNING/HUDKLÄMNING
5. BETEENDEN EFTER HÅRUTRYCKNINGEN/HUDAVSKRAPNINGEN/HUDKLÄMNINGEN.

När man använder sig av oförenlig responsträning börjar man från slutet i händelsekedjan och går i riktning mot första

länken i händelsekedjan. Man arbetar sig således fram baklänges enligt följande ordning:

- **Första steget:** Man genomför den oförenliga responsen innan beteendena som sker efter hårutryckningen/hudavskrapningen/hudklämningen (s k "post-pulling behaviors"). T ex innan man tar håret i munnen eller lindrar det runt fingret.
- **Andra steget:** Man genomför den oförenliga responsen innan det centrala problembeteendet, d v s hårutryckningen/hudavskrapningen/hudklämningen.
- **Tredje steget:** Man genomför den oförenliga responsen innan det förberedande beteendet, t ex strax innan klienten börjar förbereda sig och befinner sig t ex i ett stressat tillstånd.
- **Fjärde steget:** Man genomför den oförenliga responsen innan känslan och/eller tanken kommer, t ex när man sitter framför tv:n.

Man kan börja vid det steg som klienten befinner sig och kan klara av. Därifrån rör man sig sedan i riktning baklänges enligt ovanstående ordning. Tolin illustrerar följande fall exempel (är inte ordagrant återgett, fokus har varit på att återge betydelsen av varje mening i kommunikationen): *"En del av hårutryckningen sker i badrummet. Var kan du lägga stressbollen som du sedan kan använda när du befinner dig i badrummet?"* [Klienten säger: *"I ett skåp"*]. *Jag ser att begäret som du känner samt den starkaste impulsen fortfarande är kvar när du slutar att klämma bollen. Kan du istället klämma bollen i 3 raka minuter? Om begäret fortfarande inte har gått ner så ska du klämma bollen tills begäret har minskat kraftigt. Så, till att börja med, kläm bollen framför dig i riktning från ditt hår och håll i bollen i 3 minuter. Här har du bollen. Gå igenom din rutin i badrummet, skatta sedan hur starkt begäret är (d v s att rycka ut hår/skrapa av hud/klämma hud) på en 0-10-skala, och ta sedan bollen samt kläm till den. När begäret har avtagit, skatta graden av begär igen på samma 0-10-skala."*

Stimuluskontroll

Här arbetar man med utgångspunkt i klientens miljö för att hjälpa personen att få kontroll över beteendet. Man vill hjälpa klienten att få kontroll över "signaler" (s k "cues") i omgivningen. Detta tillvägagångssätt beskrivs som "utifrån-och-in" i termer av vad det är man vill få kontroll över. Klienten ska anstränga sig att förändra "signalerna" till problembeteenden. Klienten ska ändra på



Vid impulsivitet har man inga bra bromsar och därmed kanske man inte ska gå in i en "signalerande" situation.

vart hen går, vart hen är på väg, eller hen ska lägga in en signal i miljön för att signalera eller som ska utgöra ett hinder/barriär i miljön. T ex ett låst badrum och en spegel signalerar att man ska börja skrapa av/klämma sin hud eller rycka ut sitt hår. Vissa miljöer kan undvikas. Vid impulsivitet har man inga bra bromsar och därmed kanske man inte ska gå in i en "signalerande" situation. Ibland kan detta göras permanent och ibland måste det vara en tillfällig åtgärd. Det finns som sagt vissa saker som man troligen borde undvika. Man kan dock lägga in signaler i den miljö som man måste vistas i, t ex enligt följande:

- **Sätta upp en signal:** t ex att lägga något på sin TV.
- **Lägga ut praktiska hinder/barriärer:** t ex att sätta på sig handskar saktar ner beteendet, ger klienten en viss tid att gå igenom ett impulsivt begär utan att utföra problembeteendet. Ett annat exempel är att lägga bandage runt de fingrar som man rycker ut sitt hår med eller skrapar/klämmer sin hud med. Om ett låst badrum är en signal till problembeteendet kan man låta badrummet vara öppet.
- Man kan lägga ut signaler som konstant påminner en om problembeteendet.
- Man kan lägga en bild på en mycket

hårig person i den miljö som problembeteendet inträffar, t ex vid en dator.

Vid-behov-intervention 1: Kognitiv omstrukturering

Kognitiv omstrukturering kan vara relevant när en klient t ex rycker sitt hår eller skrapar av/klämmer sin hud när hen är ångestfylld, deprimerad, arg eller upplever någon annan stark negativ känsla. Denna intervention ska inte användas som en primär behandling för trichotillomani eller dermatillomani. Man ska inte endast fokusera på att behandla ångestsymtom, depression eller andra negativa känslor med kognitiva tekniker. En klient kan börja rycka ut sina hår eller skrapa av/klämma sin hud i samband med att hen har haft specifika tankar, t ex:

- "Jag behöver fixa det här"
- "Jag behöver jämna ut detta"
- "Det skadar inte att ta bort ett hår"

Klienten kan även ha negativa känslorrelaterade tankar som bidrar till ångest, depression eller ilska. Exempel på kognitiva förvrängningar hos dessa klienter utgörs bl a av följande:
Katastrofiering: *"Om jag glider tillbaka och skrapar av min hud, då betyder det att behandlingen inte kommer att fungera och att det är hopplöst"*.

Övergeneralisering: *"Jag är värdelös därför att jag inte kan sluta att rycka ut mitt hår"*.

Allt-eller-intet tänkande: *"Om jag rycker ut ett hår, då har jag misslyckats och kan lika gärna ge upp och rycka ut mer"*.

"Måste"-uttalanden: *"Jag borde ha en perfekt jämn hud och borde fixa allt som inte är perfekt"*.

Tänkläsning: *"Jag är säker på att alla tycker att jag är ful"*.

Känslotänkande: *"Jag behöver fortsätta att ta bort min finne därför att jag känner mig spänd och obehäva till mods"*.

Minimering: *"Endast ett hår kommer inte att skada, jag kan hålla det under kontroll"*.

För utmanande av kognitiva förvrängningar, ställ följande frågor:

- Vilka bevis finns det som *stödjer* denna övertygelse?
- Vilka bevis finns det som *inte stödjer* denna övertygelse?
- Vilket är ett alternativt sätt att tolka denna situation på?
- Hur skulle en annan person kunna se på denna situation?

Vid-behov-intervention 2: "cue exposure"

Syftet med denna intervention är att minska begären vid respons på stressande situationer som kan utlösa problembeteendena. Denna intervention anses vara perifer (sekundär) och används när den är lämplig. T ex kan ett scenario se ut på följande sätt: *"När du ska prata i telefon, ta upp telefonen och var närvarande i samtalet. Istället för att börja rycka ut ditt hår/skrapa av/klämma din hud, fokusera på vad det är som pågår i samtalet"*. Eller enligt följande: *"Ta upp telefonen och håll i den. Sitt med telefonen. Lagg märke till hur mycket ångest du känner när du inte rycker ut ditt hår/skrapar av/klämmer din hud (t ex under 5 minuter). Sitt på detta sätt tills ångesten nästan har gått ner helt och hållet"*. Syftet är att bygga upp en "impulskontrollmuskel", en impuls-kontrollkapacitet. Detta kommer nödvändigtvis inte att leda till att den aktuella negativa övertygelsen kommer att avkräftas eller att rädslan (eller en annan obehaglig känsla) kommer att minska.

Vid-behov-intervention 3: ACT och DBT

Är det nödvändigt att adressera sinnesstämningen vid trichotillomani och dermatillomani? Tolin uppger att evidensen är väldigt bristfällig för ACT och DBT som kompletterande interventioner. Å andra sidan uppger Tolin att om man lägger till ACT eller DBT som adresserar sinnesstämningen till habit reversal-träningen, så tenderar detta att leda till större effektstorlekar. Dock finns det inga RCT som stödjer

Man måste anpassa kommunikationen till klientens motivationsstadium.

denna hypotes. Tolin anser att ACT är ett sätt att gå tillbaka till den första vägen (beteendeterapi), men att man kallar den för något annat. Denna intervention lägger tyngdpunkten vid en vilighet hos klienten att uppleva de begär som ligger bakom hårutrycknings-/hudavskrapnings-/hudklänningsbeteendet. Man försöker koppla bort beteendet från känslorna. T ex med hjälp av följande instruktioner: *"I den mån som du har tankar, känslor eller begär just nu kan du ta ett steg tillbaka och se dessa tankar, uppleva dessa känslor eller begär, och vara medveten om att du har dem. Uppmärksamma det nuvarande ögonblicket. Vad är det du gör just nu? [Klienten säger: "sitter och oroar mig"]. Fortsätt att vara uppmärksam på dessa tankar i det nuvarande ögonblicket. Dessa orostankar [KAN ERSÄTTAS MED BEGÄR ELLER ANDRA TANKAR OCH KÄNSLOR] kan komma att försvagas så småningom. Sluta upp med beteendet [D.V.S. HÅRUTRYCKNINGEN ELLER HUDAVSKRAPNINGEN/HUDKLÄMNINGEN]. Det kommer inte att kännas bättre omedelbart, men troligen kommer det att kännas bättre med tiden. Ju mer du kämpar emot din inre upplevelse, desto svårare blir det. Du kan dock komma att uppleva att det aldrig helt och hållet försvinner."* ACT är en beteendeintervention som innefattar att man ska vara inriktad mot de värderingar och målsättningar som är betydelsefulla/meningsfulla för en själv, och som är förknippade med den identitet som man vill tillskriva sig själv, d v s "vem man är". ACT är en beteendeintervention som går ut på att man ska uppmärksamma den nuvarande stunden. Man ska på nytt börja engagera sig i något meningsfullt.

Begreppet "mindfulness" har mycket gemensamt med ACT. Följande kan vara en instruktion till en mindfulness-övning vid arbete med dermatillomani/trichotillomani: *"Försök inte att förändra ditt inre tillstånd och dina känslor. Öva dig i att observera dem. Upplev begäret av att vilja rycka ut ditt hår/skrapa av/klämma din hud."* I DBT ingår även känsloregleringsträning (s k "emotion regulation

training") samt obehagstoleranssträning (s k "distress tolerance training").

Vid-behov-intervention 4: Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal belyser att ambivalens till förändring är normalt. Syftet med MI är att öka klientens villighet/motivation att göra något åt sitt problem. Det är svårt att göra sig av med beteenden som upprätthålls av förstärkningskontingenser. MI baseras på olika motivationsstadium. Man ska stödja och hjälpa klienten på basis av det motivationsstadium som hen befinner sig i. Om klienten inte vill förändra sitt hårutryckningsbeteende eller hudavskrapnings-/hudklänningsbeteende kan man inte kommunicera utifrån motivationsstadium där en klient är beredd att beakta förändring eller har bestämt sig för att förändra sitt beteende. Man måste anpassa kommunikationen till klientens motivationsstadium. Man kan fråga klienten följande angående hårutrycknings- eller hudavskrapnings-/hudklänningsbeteendet: *"Var befinner du dig i din beredskap/villighet att sluta med dessa beteenden?"* Man kan t ex inte agera på följande sätt med en ambivalent klient: *"För detta problem ska du genomföra habit reversal-träning"*.

Slutkommentar

David Tolin uppger att han gärna delar med sig av mätningar, manualer och material som är relaterade till trichotillomani och dermatillomani. Email: david.tolin@hhchealth.org

Referenser

Franklin, M.E., & Tolin, D.F. (2007). *Treating Trichotillomania: Cognitive-Behavioral Therapy for Hairpulling and Related Problems*. New York: Springer.

Tolin, D.F. (2016). *Doing CBT: A Comprehensive Guide to Working with Behaviors, Thoughts, and Emotions*. New York: Guilford Press.



Text:
Michaela Thomas

Min förra krönika skrevs i min första trimester av min första graviditet. Om jag sitter med det faktumet med icke-dömande medveten närvaro så kan jag se att min hormonpåverkan säkerligen färgade hur jag resonerade i min förra krönika. Men min syn på arbetsmiljön kan inte bortförklaras helt med hormoner – det är klart som korvspad att stressen från en IAPT-miljö påverkar vår emotionella hälsa. Nu i min tredje trimester känner jag det mer igen, då jag fortfarande förväntas ”springa lika fort” som tidigare. För min egen personliga resa genom self-compassion och acceptans har det fungerat som en viktig övning att släppa taget och bjuda in ovisshet och impermanens, och att vara mjukare med mig själv.

Upplevelsen av att snart bli förälder har gett möjlighet att reflektera över hur man lever sitt liv och vilka värderingar som är viktiga. Jag är så tacksam för det jag har lärt mig genom KBT, compassion-fokuserad terapi och ACT, när jag ser hur de andra blivande mamorna i min yogagrupp kämpar emot konceptet förändring och hur motståndet gör att de fastnar än mer. Stress, rädsla och ovisshet är alla delar av att vänta barn och att föda barn, såväl som i föräldraskapet efteråt.

Något som blir mer och mer populärt i Storbritannien för detta är hypnobirthing och det kommer eventuellt att erbjudas gratis genom sjukvården snart. Det rekommenderas för att ha en naturlig födsel och att behöva mindre smärtlindring och intervention från sjukvården, likaväl som det anses hjälpa kvinnor med stark ångest inför att föda barn. Jag motsätter mig inte att det finns många kvinnor som har upplevt hypnobirthing som väldigt värdefullt under sin förlossning, men när jag lyssnar på ett klipp om hypnobirthing slås jag av hur verklighetsfrånvänt det kan vara. Ett djupt, transliknande hypnostillstånd uppnås genom avslappningsövning, andning och visualiseringstekniker, vilket ska skydda från negativa tankar/känslor, och bryta kopplingen mellan smärta och alarmreaktionen i kroppen. Du är fortfarande medveten om vad som händer under förlossningen, men kan vara så avslappnad att det till och med kan vara svårt att kommunicera med omvärlden, och kritiker menar att det uppmuntrar passivitet och att det blockerar verkligheten.

Verkligheten är att det kan vara svårt att vara gravid; att föda barn är garanterat jobbigt och smärtsamt och att vara förälder är stressigt och prövande på många sätt. Men dessa upplevelser kan också vara fantasiskt givande och starka emotionellt sett, något som jag inte skulle vilja blockera. Livet är fullt av lidande, så att smärtan och lyckan går hand i hand. Jag skulle inte vilja gå miste om chansen att vara helt och fullt närvarande med vad som händer i mitt liv. Jag tror att det tvärtom är viktigt med ACT-begreppet psykologisk flexibilitet, för att inte ha en för bestämd inställning till hur födseln ska gå till. Man måste kunna ta hänsyn till vad som än kan hända under graviditet, födsel och föräldraskap, och konstant lista ut vad som behöver göras i varje ögonblick.

Jag tror att det tvärtom är viktigt med ACT-begreppet psykologisk flexibilitet, för att inte ha en för bestämd inställning till hur födseln ska gå till.

En naturlig födsel betyder inte att man inte tar smärtlindring, eller att man inte accepterar kejsarsnitt. En naturlig födsel är en där man har närt ett barn inuti, det behöver komma ut och man behöver hjälp med det. Oavsett hur det ser ut. Att acceptera att graviditet och födsel ser olika ut från person till person, och bebis till bebis, istället för att sätta upp rigida regler för vad som är tillåtet eller inte. Risken av en överväldigande känsla av misslyckande är annars stor – med en för stark inställning kring hur det ska vara. Samma gäller vad man borde eller inte borde klara av på arbetsplatsen under graviditeten och efter föräldradedigheten, men allt flyter (panta rei) och det är inte möjligt att hålla fast vid hur det ska vara. Det vill jag lära mitt barn, mina trainees, mina yogammor, mina kollegor och mina patienter – livet handlar om att bjuda in alla erfarenheter och sitta med dem, positiva såväl som negativa. Self-compassion och mindfulness hjälper oss med det.

Hett just nu:

- CBT Innovation anordnar workshop om ACT och self-compassion med Kelly Wilson i London 17-18:e februari 2017 – KOM!
- Nya karriärmöjligheter, att köra mindfulness och compassion för gravida och föräldrar.
- Har avslutat tre compassion-grupper och ska nu skriva ihop en artikel för publikation.



psykologpartners

ACT with Compassion

Workshop med Jason Luoma och Jenna LeJeune

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

Stockholm den 26-27 september

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



ANNA EHNVALL
KBT KOMPETENS

Astrid Palm Beskow

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

Handledar- och lärarutbildning i KBT

Göteborg, med start 9 januari 2017

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

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart, fördelad på sex studieveckor. Föreläsare på utbildningen är Christine Padesky, James Bennett-Levy, Joy McGuire, Sarah Rakovsh med flera. **Anmälan senast 1 november, 2016**

Läs mer på www.ehnvallkbtcompetens.se

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av Beteendeterapeuten är **10 november 2016**

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

Kallt just nu:

- Ovissheten kring vad som händer med CBT Innovation och mitt IAPT-jobb efter barnledigheten, men spänningen kring att också kunna få komma på något nytt jag vill göra.
- Ryggvärk som inte direkt är ovanligt, men bemöts med bristande medkännande på jobbet.
- Trött, tröt, trö... zzzz. Så uppenbarligen har jag inte skrivit mer på boken heller.



Grattis: Alejandro Munoz Retamal!

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

Björn Paxling, president EABCT2016:

"Gensvaret för kongressen har varit helt fantastiskt"

Beteendeterapeuten tar pulsen på Björn Paxling dagarna före den stora kongressen klickar igång. Fokus ligger på problemlösning, att kolla alla detaljer och att balansera lika delar trötthet och eufori.

Text: Anna Eriksson
Foto: David Brohede

Hej Björn! I skrivande stund är det en månad kvar till kongressen. Som sportjournalister brukar fråga, hur känns det?

Det känns bra! Gensvaret för kongressen har varit helt fantastiskt, det är så många som kommer till kongressen, så många som velat sponsra och ställa ut, så många som hjälpt till på olika vis när organisationsgruppen frågat. Vi har fått väldigt bra stöd och pepp från många håll, såsom värdföreningarnas styrelser, från representanter inom EABCT, från forskare som ska presentera på kongressen. Jag vet att jag borde känna trötthet egentligen, idag har jag exempelvis varit uppe sedan mycket tidigt på morgonen för att få loss tid att jobba med schemalagningen av volontärerna på kongressen, och att dagarna startar mitt i natten har inte varit helt ovanligt den här sommaren. Men just nu går det inte att ta sig tid att känna efter ordentligt, det är för mycket som ska göras inför kongressen helt enkelt. Jag är osäker på om det hade gått att jobba så här hårt om det inte vore för gensvaret på kongressen, och det helt fantastiska team som jag har fått förmånen att leda. Den innersta cirkeln, styrgruppen, har jobbat tätt ihop i många år nu, och är väldigt väl sammansvetsade. Sedan finns det så många fantastiska människor i de olika arbetsgrupperna för kongressen som gör ett underbart arbete inom sina grupper, och som inte tvekar att ställa upp när ytterligare hjälp efterfrågas.

Vilka förberedelser arbetar ni i arrangörgruppen mest med i nuläget?

Vi jobbar med att stämma av alla estimat i budgeten för att ha så trygg ekonomisk utgångspunkt som möjligt, vi jobbar med ganska små marginaler och omsättningen för kongressen är någonsans kring åtta miljoner kronor, så det är mycket som ska klaffa. Om en knapp vecka behöver vi leverera det som ska tryckas till tryckeriet, så sammanställning av information och layout pågår för fullt. Ett samlat svar på frågan om vad vi jobbar med nu, är att slutföra alla arbetsuppgifter och ha koll på detaljerna, samt att få till den övergripande logistiken så att helhetsupplevelsen på kongressen blir riktigt bra.

Berätta gärna lite om det "Congress magazine" ni arbetar med.

Det tryckta vetenskapliga programmet som alltid delas ut på stora internationella KBT-kongresser innehåller all praktisk information om kongressen, men ibland har kongressarrangörerna också haft med lite artiklar och intervjuer där för att ge mervärde. I arrangörgruppen för EABCT2016 bestämde vi oss för att ha en separat tidning, "Congress magazine", där vi skulle ha med massor av artiklar och information om EABCT som paraplynätverk, om människorna bakom kongressen, om Sverige och Stockholm

som turistdestinationer, om Vasaskeppet (eftersom galamiddagen arrangeras på Vasamuseet) och mycket mer. Med vår kongress har vi ansträngt oss för att själva kärnan, det vetenskapliga programmet, ska vara väldigt bra och logistiken kring det fungera optimalt, men vi har också arbetat med en massa upplevelser under kongressen som avviker lite från vad folk är vana vid. Med Congress magazine kan vi förklara varför vi gjort som vi gjort, och sätta alla de olika delarna i kongressen i relation till varandra.

Har ni stött på något som krävt problemlösning den senaste tiden, och har ni i så fall lyckats lösa detta?

Absolut, varje dag av förberedelsearbetet kräver en stor mängd problemlösning. På senare tid har jag arbetat med fraktlogistiken, alltså vart alla de olika saker som ska levereras inför kongressen ska skickas, och hur de sedan kommer till kongressanläggningen. Eftersom det är så många personer som kommer så tar allas kongresspåsar upp mycket plats, och det är mycket som måste bli rätt när de ska packas och sedan delas ut. Vi har jobbat mycket med problemlösning av möjliga/troliga problem som kan uppkomma under själva kongressen. Där har vi försökt att beskriva hela kongressen utifrån olika grupperns perspektiv, exempelvis någon som aldrig varit på internationell KBT-kongress tidigare, någon som är

Jag är osäker på om det hade gått att jobba så här hårt om det inte vore för gensvaret på kongressen, och det helt fantastiska team som jag har fått förmånen att leda.



keynote speaker, någon som har specialkost, eller någon som sitter i rullstol. Detta arbete har fått upp våra ögon för en mängd svaga länkar i kongressen, som vi sedan arbetat med att åtgärda på olika vis.

Vad har varit roligast/mest givande med arbetet med EABCT?

De senaste åren har inneburit mycket ideellt KBT-arbete för min del, och jag tror att något av det roligaste med EABCT har varit variationsrikedomen. Att vara ordförande för BTF var enormt belönande, samtidigt som många delar av arbetet ser ungefär likadana ut från år till år, och en hel del tid gick åt att lära upp nya styrelseledamöter. Med EABCT-kongressen har jag fått leda en stor grupp under lång tid, vilket blir belönande på ett annat vis. Vi har kunnat arbeta oss samman tidigt och sedan har fler och fler personer anslutit successivt till förberedelsearbetet, och att se hur passionerade alla medarbetare varit och hur kul de tycker det är att vara en del av kongressen, det har varit fantastiskt roligt.

Vilka programpunkter och sociala aktiviteter ser du själv fram emot mest under kongressen?

Det är en spännande fråga, för både kongressens vetenskapliga program och det sociala programmet är smockfulla med intressanta och roliga programpunkter

och aktiviteter under kongressveckan. Paneldebatten med personer som tidigare varit ordföranden för hela EABCT ska bli väldigt rolig, och jag hoppas att diskussionerna kan visa på hur KBT-föreningar bäst kan arbeta med olika problem och utmaningar, samt visa på hur internationellt informationsutbyte och samarbete kan byggas upp på bästa vis. Sedan är det enormt kul att paneldebatten som sfKBTs och BTFs styrelser jobbat med gemensamt har samlat så många framträdande personer såsom socialförsäkringsminister Annika Strandhäll! De sociala aktiviteter som sticker ut lite extra för min del är invigningsceremonin samt galamiddagen, dom tror jag kommer bli riktigt riktigt bra!

Vad ska du göra när kongressen är över?

Det fyrkantiga svaret är att då börjar efterarbetet med kongressen – att sammanställa ekonomin, att arbeta med arvet efter kongressen, alltså hur

digitalt och fysiskt material vi tagit fram kommer sparas, att skicka ut utvärderingsenkät för kongressen och så vidare. Sedan blir det under tidig höst dels en avslutningshelg med arrangörgruppen, samt en avslutningshelg med den mindre styrgruppen. På ett personligt plan ser jag framför mig att sådant som prioriterats bort länge kan börja få plats i mitt liv igen, såsom träning, umgänge med vänner, skönlitteratur och trädgårdsarbete. Det ska också bli en höst där jag får mer utrymme att umgås med min familj vilket är mycket efterlängtat.

Något mer du vill tillägga?

Tack så mycket för frågorna, det var roligt och nyttigt att se på det här arbetet utifrån för en liten stund. Nu behöver jag jobba vidare med möbleringen i kongress-caféet samt utsmyckningen av den största föreläsningssalen. ☺



Learn CBT from the source

The Beck Institute offers a full range of training opportunities for clinicians from novice to highly experienced.



Our Programs

Online Training

Workshops

Supervision and Consultation

Training for Organizations



beckinstitute.org



INBJUDAN TILL FÖRELÄSNING

Evidensbaserad behandling med KBT

BDD/dysmorfofobi

Hur behandlar man på bästa sätt BDD med KBT? Hur kan man optimera sina behandlingsresultat? Hur hanterar man svåra aspekter av behandlingen? Hur fungerar internetbaserad KBT för BDD?



TID & PLATS: 28 oktober kl 9.00-17.00, Sjöfartshuset, Skeppsbron 10, Gamla Stan, Stockholm.

PRIS: 1990 kr exkl moms. I priset ingår förmiddags- och eftermiddagsfika. Lunch ingår ej.

ANMÄLAN: maila info@wemind.se och ange namn, telefonnummer och faktureringsadress. Sista anmälningsdatum är 18 oktober, anmälan är bindande.

ARRANGÖR: Föreläsningdagen arrangeras av WeMind Psykiatri och ingår i What Works for Most, en seminarierie för kompetensutveckling inom evidensbaserad KBT.

FÖR MER INFORMATION: www.facebook.com/whatworksformost/

FÖRELÄSARE:

David Veale, Psykiatriker och psykoterapeut vid bland annat Institute of Psychiatry i London och The South London and Maudsley Trust. Forskar på BDD och är medlem av NICE-gruppen som sammanställde riktlinjerna för behandling av BDD och OCD. David har tillsammans med Fugen Neziroglu skrivit behandlingsmanualen "Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual".



Jesper Enander, Svensk psykolog och forskare som forskar om Internetbaserad KBT för BDD vid Institutet för klinisk neurovetenskap, KI.



WEMIND

för psykisk hälsa



Pristagarnas kommentarer!



Anna Kåver - Livsgärning

1. Hur känns det att ha fått pris på BTF:s årsmöte?

Det känns väldigt kul, bekräftande och hedrande... och överraskande. Jag är extra glad över att vara den första kvinnliga pristagaren! Jag deltog ju inte i något årsmöte och var ovetande när Linda Jüris och en liten kommitté kom upp till min mottagning för att ge mig priset. Jag tänker förstås också att det finns så många som gjort en sådan livsgärning och är värda detta pris.



2. Vad vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Jag har levt med KBT och BTF i drygt 40 år och jag upplever mig vara som en medlem av en stor, ganska bångstyrig men kärleksfull familj. Jag har inte alltid begripit och hållit med om allt som pågår i "familjen" men den har alltid funnits där som en stor kunskaps- och energibank att få ösa ur och ibland att få prova sina tankar emot. Och familjen/föreningen utvecklas och mognar i rasande takt! Jag ser fram emot nya spännande utvecklingar och år i föreningen och med KBT. Så stort och varmt TACK för att ni finns och jag hoppas på många möten i Stockholm under EABCT i september. Och jag önskar alla en riktigt skön och återhämtande sommar.

Anna Bennich Karlstedt - Informationspridning

1. Hur känns det att ha fått pris på BTF:s årsmöte?

Det känns säkert jätteroligt! Eftersom det ibland är lite svårt, läskigt eller blir mindre bra när man uttalar sig offentligt så tror jag att alla vi som gör det blir extra glada när vi känner att vi har kåren i ryggen. Det här priset blev ett fint erkännande och en pepp som jag blev urlad över! Dessutom - vilken total överraskning precis när jag skulle föreläsa på BTFs öppna spår, jag kom alldeles av mig där en stund. :)



2. Vad vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Till BTF och alla kollegor vill jag hälsa ett stort TACK, jag är stolt över att tillhöra den här föreningen och vara kollega till så många kunniga och inspirerande psykologer.

Anneli Sjöberg - Psykologuppsats

1. Hur känns det att ha fått pris på BTF:s årsmöte?

Det känns naturligtvis väldigt bra, ett extra erkännande för uppsatsen, tack så mycket!

2. Vad vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Jag tycker att BTF är en mycket intressant och givande förening att vara med i, med Beteendeterapeuten och KBT-listan och allt. Bara "keep up the good work"!



Helena Reuter Dahl - Psykologuppsats

1. Hur känns det att ha fått pris på BTF:s årsmöte?

Det var så roligt att få uppmärksamhet och bekräftelse för det arbete och engagemang som vi la ner i uppsatsarbetet. Uppsatsarbetet och priset gav definitivt mersmak för att i framtiden fortsätta inom forskning. Så ett stort tack till den fina utmärkelsen!

2. Vad vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Som nytexaminerad är det värdefullt att få vara med i en förening med stort nätverk och den samlade erfarenheten och kunskapsbasen som finns. Vi har alla viktiga jobb som vi kan vara stolta över att få utföra, det professionella kollegiala stödet är viktigt i detta.

Anteckning 15 - Den terapeutiska KBT-relationen

Text: Alejandro Muñoz Retamal

En patient med flerårig problematik kommer tillbaka till det andra bedömningsamtale och säger att hon var nöjd med bemötandet från det första samtalet. Hon berättar att hon fick ett bra första intryck av vår kontakt och att hon tänkte "nu löser vi det här". Hon gjorde en bedömning av situationen och kom fram till att vi kunde arbeta tillsammans. Hon upplevde att det fanns hopp.

Under det första samtalet går vi igenom hennes aktuella situation: social status, boende, vänner, arbete/studier, familjenätverk, alkohol, tobak och droger, hereditet, tidigare psykiatriska/psykologiska kontakter, diagnos, mediciner, somatiska sjukdomar, stress samt varför patienten söker hjälp och förväntningar. Patienten svarar även på några skalor som rör ångest och depression samt dysfunktionella beteendemönster/scheman. Hon får information om min kompetens, vår organisation, vårt sammanhang och varför det görs en bedömning. Samtalet avslutas med en kort återkoppling till patienten innan man bokar en ny tid för fortsatt bedömning. Hela bedömningen består i snitt av tre samtal. Sedan går man vidare med att sätta upp ett eller flera mål och planera för att genomföra en psykologisk behandling.

Patienten söker hjälp för att den vill ha hjälp med psykologiska svårigheter och litar på att sjukvården kan erbjuda professionell hjälp. Där ligger både en del av trygghet och en del av förtroende för samhällets strukturer. En del

patienter är kritiska mot psykiatrin men många har stort förtroende för den. Dessa psykosociala aspekter kan också spela roll när det finns en allians mellan en patient och en terapeut. Då kan man undra om detta har spelat någon roll i patientens bedömning som beskrevs här ovan. Här kan jag citera DSM-5 Alliance Building During a Diagnostic Interview: "In a good therapeutic alliance, you modulate your interview in response to a patient's needs". Man kan starta från patientens behov och från vad patienten önskar sig som hjälp. Vad vill patienten? Hur pass adekvata är patientens förväntningar i förhållande till det som finns att erbjuda och i förhållande till det som är realistiskt att förvänta sig? Hur kan man komma överens om vad ska man arbeta med och hur ser prognosen ut?

Utifrån alla dessa synpunkter kan man påstå att den terapeutiska KBT-relationen inte är något mystiskt eller någon drift, utan en interpersonell kontakt utifrån patientens premisser som spelas på en plattform av professionalitet, förtroende och respekt för patientens integritet.

Jag vill avsluta den här anteckningen med några ord från DSM-5 enligt ovan som lyfter fram behandlingsplanering och avgränsning av problemområden:

"The heart of all psychiatric treatments is the therapeutic alliance. This alliance is established when a patient identifies treatment goals and you ally yourself with the patient in pursuit of these goals".

Samlarsyndrom (hoarding disorder): störningens natur och dess behandling

Workshop med David F Tolin, maj 2016, Missionskyrkan i Uppsala

Följande text är exakt återgiven utifrån ordningsföljden i David Tolins föreläsning.

Beskrivning av samlarsyndrom

Samlarsyndrom (översatt från s k hoarding disorder på engelska) har blivit en egen diagnos i DSM-5. I DSM-IV var överdriven hamstring ett av de möjliga symptomen vid tvångsmässig personlighetsstörning (s k *obsessive-compulsive personality disorder*). Dessutom kunde extremt samlande definieras som en del i en tvångsstörning. I DSM-5 har man tagit bort extremt hamstringsbeteende som en del av en tvångsstörning samt tvångsmässig personlighetsstörning. Samlarsyndrom definieras enligt DSM-5 på följande sätt: (i) ihållande svårigheter att slänga eller göra sig av med saker, oavsett om de uppfattas av andra som värdefulla eller inte, (ii) denna svårighet beror på ett starkt begär att behålla sakerna, och/eller ett obehag som är förknippat med att göra sig av med dem, (iii) symtomen resulterar i en ansamling av ett stort antal saker som fyller upp och belamrar nödvändiga levnadsutrymmen i hemmet eller på arbetsplatsen till den grad att den avsedda användningen av åtminstone vissa av dessa områden inte längre är möjlig, samt (iv) symptomen orsakar kliniskt signifikant obehag/lidande eller funktionsnedsättning inom sociala, yrkesmässiga eller andra viktiga funktionsområden.

Samlingarna består oftast av kläder, tidingar, böcker, kvitton, förpackningar och saker som man har en sentimental anknytning till. Här handlar det inte om att samla för samlandets skull. Det handlar om hur sakerna värderas. En jämförelse är frimärkssamlare som värderar sina frimärken mycket. Personer med samlarsyndrom samlar på saker som för gemene man oftast anses vara värdelösa eller utgör skräp. Dessa klienter upplever dock starka begär att behålla sådana saker. En skillnad gentemot egentlig depression (s k *major depression*) är att man vid depression



Text: Nenad Paunović

Foto: Freeimages.com/Alexander Redmon, Andrea jaccarino, Chris scott, Michelle Rau, Tim Cheshire

inte *sparar* på saker. Man har helt enkelt inte energi att kasta dem, men upplever inget behov av att spara på dem. Vid samlarsyndrom samlar man så pass många saker att de fyller upp alldeles för mycket av ens levnadsutrymmen. Ens levnadsutrymmen slutar att uppfylla sin vitala funktion. Dessa personer tillåter en enorm ansamling av värdelösa saker eller skräp. Arbetsbordet blir en yta för "skräp". Man kan inte laga mat i köket, inte använda badrummet och så vidare. Alla eller vissa ytor har blivit ett slags förvaringsutrymme. Vid samlarsyndrom kan det finnas en frånvaro av obehag hos klienten. Vid tvångsstörning avskyr klienterna sina symptom. Vid samlarsyndrom är det istället främst människorna runtomkring klienten som känner sig obehagliga till mods och som är stressade på grund av personens samlande. Klienten kan vara helt lugn över sitt samlarbeteende.

Tolin visade en bild på "skräp" i ett hem. Den klient som hade ansamlat skräp som illustrerades på bilden kunde inte utnyttja sina levnadsutrymmen på avsedda sätt, kunde inte komma in i sitt

hem och kunde inte sitta i sitt vardagsrum. Varje bit av det horisontella golvområdet var fylld av saker. Det fanns ingen organisering av dessa, saker var slängda ovanpå varandra i en salig röra. Husets utgång var blockerad vilket började skapa problem. Ett sådant samlande kan även existera på arbetsplatser vilket leder till arbetsproblem. Grannar började se att huset är överfullt av "saker" utifrån. Tolin visade även en bil som var överfylld av värdelösa saker eller "skräp" utifrån samma principer.

Prevalens

Tolin gav ungefärliga siffror på prevalensen av samlarsyndrom enligt följande: USA 5 %, Tyskland 5 %, Storbritannien 2 %. Enligt Tolin fann man i prevalensstudien från USA benämnd som *National Comorbidity Survey* att OCD hade en prevalens på ca 1,4 %, samt att samlarsyndrom uppskattades vara 5 ggr mera förekommande. Denna uppskattning innebär att prevalensen av samlarsyndrom är ungefär lika hög som egentlig depression (s k *major depression*). Om detta stämmer utgör denna störning en av de mest prevalenta i världen.

Dock vet man inte hur prevalenta de allvarligaste fallen är.

Hur samlarsyndrom yttrar sig (förvärvande – sparande – oreda)

Överdrivet förvärvande: Förvärvandet av saker sker oftast genom köp, dvs de flesta klienter har uppfyllt kriterierna via köp av saker. Tolin visade ett foto på belamringen av en hall som blockerade en trappa. Klienten ville vara en god anhörig åt sitt tonåriga barnbarn. Hon köpte 10 saker och gav inte en enda till sitt barnbarn. Dock *känns* det som om hon hade gjort någonting. Som om hon hade varit en bra far-/mormor (*grandmother*). Dock har hon inte gjort något för sitt barnbarn rent konkret. Det är komplicerat för klienten att ge dessa "presenter" till sitt barnbarn om detta kommer på tal. Att packa in det och verkligen ge det till barnbarnet - klienten *har inte förmågan* eller *engagemanget* till detta. Det existerar även ett överdrivet förvärvande av saker som är gratis, t ex flygblad. Om något erbjuds gratis så måste detta mottas. Det förekommer även att vissa går igenom andra människors soptunnor eller motsvarande, och det existerar även i viss mån stölder som en del i förvärvandet av saker. Dock är kleptomani inte särskilt förekommande. Det finns även ett sorts passivt förvärvande, av t ex skräppost eller reklam. Följande procentuella andelar av förvärvade saker presenterades enligt följande: över 80 % köper saker, över 60 % tar emot saker som är gratis, och över 50 % gör både och.

Tvångsmässigt sparande: Man har svårt att slänga saker. Klienter beskrivs vanligtvis att de har en viss grad av tillgivenhet till de samlade sakerna. Tolin

Vid samlarsyndrom är det istället främst människorna runtomkring klienten som känner sig obehagliga till mods och som är stressade på grund av personens samlande. Klienten kan vara helt lugn över sitt samlarbeteende.

beskrev hur en klient motiverade sitt sparande av följande: "I maj 2016 träffade jag de snällaste människorna jag någonsin har träffat, det var en underbar dag, jag vill inte kasta bort detta därför att det utgör ett gott minne." Exempel på ett antal andra anledningar som klienter har för att behålla sina "saker" beskrevs enligt följande: "Jag kan skriva på det"... "Jag kan göra flygplan av det till mina barn"... "Jag vill behålla det därför att det ser så fint ut".

Oreda (s k "disorganization"): Hamstringen vid samlarsyndrom utgör ingen samling i sig utifrån det man brukar mena med samling. Med "samlare" utifrån vårt vardagsspråk menas vanligtvis någon som samlar på något, och uppvisar ett antal relaterade beteenden som har med samlingen att göra. T ex att samla på böcker innebär att organisera dessa i en bokhylla, att läsa dem, att visa dem till andra människor och så vidare. Vid samlarsyndrom finns det en stark tendens att bara kasta saker på golvet i en salig oreda.

Det upplevda värdet av saker: "allt är viktigt" Man skulle kunna tro att det bara är att ta fram en spade, en soppåse, samt



kasta alla saker och så var problemet löst! Men Tolin uppgav att klienter inte kan göra detta. Detta därför att de alltid upplever att det kan finnas något viktigt bland alla samlade saker. T ex ett födelsebevis, en pengacheck etc. Detta verkar till synes inte vettigt eftersom man inte borde lägga sina pengar i form av en check i en salig röra på marken gömd bland en massa bråte. Man torde vanligtvis lägga dem i en bank, lite grann i sin ficka etc - man skulle troligen inte lägga dem bland skräpsaker. Tolin visade upp att han hade på sig ett checkhäfte, vilket verkar vara vanligare i USA än i Sverige. Dessutom verkar det vid samlarsyndrom inte finnas en distinktion mellan en check, pengar och andra skräpsaker utifrån vad som anses vara "viktigt" eller "betydelsefullt" för klienten. Dessa klienter behöver tänka på skillnaden mellan pengar och en tiding. Den handling som det innebär att städa upp är mycket svår. Det finns ofta en blandning av saker som har ansamlats i en salig röra, och klienten upplever att hen måste gå igenom sak för sak en i taget. Tolin illustrerar hur en klient gör när en "städning" ska ske. Enligt klientens ord sker följande: "Jag tittar på detta, ser till att saken inte utgör någon viktig information, att jag inte behöver den...ska jag kasta den?...en penna?... jag behöver den! (klienten lägger därefter tillbaka pennan utan att kasta den). När Tolin frågade klienten vad som hände med respektive sak framkom det att klienten förflyttat saker från en hög till en annan, men tar inte ut respektive sak från sitt hus, utan flyttar den endast inom husets fyra väggar. Klienten kan ge ett intryck av att något viktigt håller på att hända, men inget sådant sker.

Rådsla för att tappa bort saker

När en klient fick frågan om denne kunde lägga en check i sin ficka blev svaret: "Jag kan inte göra detta därför att jag kommer att glömma den!". Man är rädd för att tappa bort saker från sin åsyn.

För att kompensera för detta låter man saker ligga framme inom huset. Det är normalt att lägga en sak på en ledig yta för att komma ihåg att ta den senare. Men vid samlarsyndrom är man säker på att man kommer att glömma saker, och det finns ingen given ledig yta att lägga saker på. Det är normalt för gemene man att man kommer ihåg var man har lagt sitt körkort eller sina skor. Vid samlarsyndrom har man svårt att komma ihåg hur saken såg ut, var man hade lagt saken senast etc. Man har förlorat kontrollen över var saker är och måste visualisera för att försöka komma ihåg var man har lagt någonting. Det är normalt att man organiserar saker utifrån sina roller, men detta sker inte vid samlarsyndrom.

Debut av hamstringen

Man har forskat om när hamstringen debuterar med retrospektiva mätningar. Vanligtvis sker en debut i barndomen eller under tonåren. Det är mycket ovanligt att en debut inträffar vid 40 års ålder. Allvarlighetsgraden utifrån ett utvecklingsperspektiv brukar se ut enligt följande. Hamstringsbeteendena är relativt milda tills individen kommer i 30-, 40-, eller 50-årsåldern. D v s hamstringsbeteendena förblir relativt milda under barndomen och tonåren, och börjar eskalera utom kontroll vid 30-, 40- eller 50-årsåldern.

Föräldrakontroll

Under barndomen och tonåren kan klientens föräldrar ha haft hamstringsbeteendena under kontroll: "Städa upp!!!". Senare i livet blir vissa tillsammans med en partner som ställer krav på att man ska städa upp. Efter en separation eller när barnen blir tillräckligt gamla och flyttar ut kan hamstringsbeteendena eskalera. Den kontroll som personerna har haft från sin omgivning är nu borta. Och hamstringsbeteendena börjar komma utom all kontroll.

Tidigare subtyp av OCD (DSM-IV) och hamstringsbeteendenas konsekvenser

När hamstringsbeteenden var en del av OCD-kriterierna enligt DSM-IV framkom det att dessa beteenden stod ut jämfört med andra subtyper av OCD. Hamstringsbeteendena minskar inte med åldern, de blir kroniska och får svåra konsekvenser för individen och människorna runtomkring, t ex:

- Samlarbeteenden leder oftare till avsked från arbetet.
- 3/4 har ett allvarligt hälsoproblem (t ex sjukdom i luftvägarna förvärvat

p g a ohälsosam luft).

- Det finns en hög incidens av övervikt.
- Ca 50 % har fått något barn omhändertaget av myndigheter p g a samlarsyndromet.
- 7 av 30 har varit sjukskrivna på grund av psykiatriska problem.
- Tolin uppger att samlarsyndromet mer liknar bipolära störningar, snarare än ångeststörningar eller depressiva störningar, i termer av vilka funktionsnedsättningar som det är förknippat med.

Svårt lidande för familjen

Samlarsyndrom leder ofta till ett svårt lidande hos samtliga familjemedlemmar. Barndomen hos den som lider av störningen är ofta fylld av pinsamheter, dåliga relationer med föräldrar och få sociala umgängen. Det finns ofta en hög grad av fientlighet i dessa familjer. Följande är exempel på vad föräldrar har sagt: "Jag önskar att detta barn aldrig föddes"... "Det har förstört mitt liv". Samlarsyndrom brukar ofta framkalla ilska hos andra medan detta är mindre vanligt vid andra allvarliga störningar (t ex schizofreni).

Samlarsyndromsbeteenden är potentiellt mycket farliga

Det har inträffat bränder som resultat av patologiskt samlande vid samlarsyndrom. Det är oftast män över 50 år som har drabbats. Olika typer av bränder har jämförts. Vid samlarsyndrom är kostnaden 8 ggr högre, mycket sannolikare att spridas från antändningspunkten, ingen arbetsyta har existerat, 1/4 av alla husbränder innefattar samlarsyndrom, vid 3/4 av bränderna finns inget larm, och vid 3/4 sprids bränderna utåt med utgångspunkt från antändningspunkterna.

Utgör hamstringsbeteenden en form av tvångsstörning (OCD)?

En majoritet av personer med samlarsyndrom uppfyller inte kriterierna för tvångsstörning och vice versa. Störningarna är inte helt och hållet orelaterade. Men samlarsyndrom utgör inte en subtyp av OCD, det finns inget särskilt samband dem emellan. Exponering med responsprevention (ERP)

fungerar för tvångsstörning, men utgör inte en primär behandling för samlarsyndrom. Man har inte heller hittat någon gemensam biologisk mekanism. Vid Tolins klinik har man frågat klienter med samlarsyndrom om deras samlarbeteenden. 11 % uppfyllde kriterierna för OCD och 27 % för generaliserad ångeststörning (GAD). GAD-patienterna hade aldrig nämnt något om sina samlarbeteenden.

Arbetet med äldre klienter

Samlarsyndromet verkar eskalera över tid. På vårdhem verkar 50 % enligt Tolin uppvisa "samlarbeteenden". Dessa samlarbeteenden är enligt Tolin inget uttryck för demens. Dessutom uppgav Tolin att 25 % av äldre som är "community day residents" uppvisar samlarbeteenden. Dock uppges att de äldre vid vårdhem verkar ha en bättre hälsa. När de äldre tillfrågas om när de började med sina samlarbeteenden så uppger de oftast att det började

i barndomen eller tonåren. Ju äldre man blir, desto mindre stöd får man, vänskapskretsen blir mindre, och saker och ting börjar förfalla. Det sker ett 3 gånger mer omfattande samlande av tidningar i 80-årsåldern jämfört med i 30-årsåldern. De äldre kan lättare skada sig om de snubblar över sina samlade saker. Säkerheten blir viktigare med åldern. Man upplever dessutom att ens samlande är pinsamt inför andra människor. Med åldern kan skulder öka, man kan få rättsliga problem, och det finns en avsevärt ökad risk för hemlöshet.

Brister och problem

Det verkar finnas brister i problemlösningsförmågan. Dock har man inte hittat någon koppling till autism. Den interpersonella tillgivenheten verkar inte heller vara utanför gängse ramar. Det finns en upplevd skuld hos dem som begär stöd. Personerna brukar inte känna att det är berättigt att stjåla. De har helt enkelt en brist på pengar. Det som ansamlas utgörs inte endast av harmlösa saker. Det kan även innefatta förtvinade och ruttna saker. Man har t o m hittat döda råttor. Samlande av djur verkar inte vara särskilt prevalent, men man har inte studerat detta särskilt

mycket. Människor är mycket hemlighetsfulla om dessa saker. En person som illustrerades hade ca 60 katter och 80 hundar som inte gavs tillräckligt med utrymme. Djuren led av vanvård, näringsbrist och började dö etc. Klienten var oförmögen att se effekterna av beteendet. Det existerar ett mycket ihärdigt förnekande av problemet, t ex "Jag räddar livet på djur", "Detta är i alla fall bättre än en ett skyddsboende" etc. Dock ter det sig som om djuren blir deprimerade av att bo hos klienter med samlarsyndrom.

Skilnaden mellan klientens respektive omgivningens syn

Klienten tycker inte att hamstringen är något problem medan människor runtomkring är mycket upprörda. Människor i omgivningen kan fråga klienten t ex följande: "Varför blir du inte upprörd, mitt huvud skulle explodera, varför är inte du det?". När en person i klientens omgivning ställer en fråga som "Kan vi kasta det här?" blir svaret antingen "Nej! Det här är viktigt!", eller så väntar klienten med svaret och förblir obeslutsam.

Varför noterar inte personen med samlarsyndrom problemet och blir upprörd?

Varför lägger samlare inte märke till sitt skräp och varför blir de inte upprörda? Detta handlar inte bara om en habituering till ansamlingen. Det finns skillnader mellan samlarsyndrom och OCD. Vid OCD finns det en insikt i problemet medan detta inte existerar vid samlarsyndrom. Vid OCD tänker klienten att det finns något fel på tänkandet och beteendet. Vid samlarsyndrom har klienten alltifrån en bristande insikt till att ha vanföreställningar. Var kommer detta ifrån? Det har något att göra med nätverken i hjärnan och dess signaler. Något i detta nätverks funktion är viktigt, i det s k "igenkänningsnätverket" (s k "salience network"). Den bokstavliga översättningen av salience är bl a framskjutande drag. Det finns något som förhindrar att man blir upprörd av allt bråte. Hos en "frisk person" blir igenkänningsnätverket aktiverat. Vid samlarsyndrom är igenkänningsnätverket underaktiverat. Varför är ett enkelt beslut så svårt att ta? I jämförelse med OCD och "normala kontroller" blir regionen i hjärnan vid samlarsyndrom som är viktig för beslutsfattandet överaktiverad, vilket gör det svårt att fatta beslut. Allt blir viktigt! Klienten kan då inte fatta finkänsliga beslut eller beslut överhuvudtaget. Det är hos gemene man lätt



Samlingarna består oftast av kläder, tidningar, böcker, kvitton, förpackningar och saker som man har en sentimental anknytning till.

att kasta bort skräppost. Människor i gemen behöver inte sätta sig ner och resonera om vad som ska kastas. Detta sker oftast utifrån en "magkänsla" med hjälp av igenkänningsnätverket i hjärnan. Föreställ er att ens egna igenkänningsnätverk skulle bryta samman. Saker som i normala fall skulle beslutas utifrån en magkänsla blir hyperaktivt till sin natur vid samlarsyndrom. Det behövs betydligt mycket mer ansträngning för att fatta beslut än vad som är i normalfallet. Hjärnan signalerar att allt är viktigt.

Vid hjärnskador kan vissa människor börja med hamstringsbeteenden. Tolin uppgav att samtliga klienter som hade utsatts för ett slaganfall och börjat med ett dysfunktionellt hamstringsbeteende hade skador i samma område i hjärnan. Tolin tog upp begreppet "obeslutsamhet" (s k indecisiveness) i ett sammanhang där släktingar till klienten med samlarsyndrom intervjuades. Många kände sig inte heller tillfreds med att fatta beslut, vilket inte existerade hos de "normala kontrollpersonernas" släktingar. Detta innebär att det finns en genetisk komponent som innebär att man ärver hjärnkaraktistika som är förknippade med samlarsyndrom. Vad som verkar vara en

kognitiv brist kan snarare utgöras av en genetiskt förvärvad obeslutsamhet. Beslut kan bli värdigt svåra att fatta, som att springa ett maratonlopp. Det blir lättare att undvika ett beslutsfattande. Nervaktiviteten kan bli normaliserad med hjälp av KBT. Vissa av dessa brister kan troligen tränas upp.

Relation till ADHD

En stor majoritet (3/4) av klienter med samlarsyndrom har kroniska problem med uppmärksamheten, den exekutiva funktionen och planeringsförmågan. T ex misslyckas man med att med tiden lära sig vissa speluppgifter (s k gambling tasks).

Tillgivenhet till och sorg över att kasta samlade saker

All känslomässigt relaterad tillgivenhet är förknippad med ens identitet, med förlust och med trygghet (s k comfort). Vid samlarsyndrom kan klienten känna en stor tillgivenhet till de saker som hamstras, t ex enligt följande: "Att göra sig av med detta är som att göra sig av med en vän, som en del av mig", "Detta är en del av den jag är" etc. Tolin presenterade ett fall i detta hänseende. En klient ursäktade sig till en yoghurtburk när han var på väg att kasta den, därför att han hade en

känslomässig tillgivenhet till denna. Många människor känner sorg när de gör sig av med ett objekt som de känner tillgivenhet till. D v s det existerar något mer än rädsla vid samlarsyndrom, en sorg, en akut upplevelse av förlust.

Övertygelser

Det finns en mycket stark känsla av ansvar, t ex enligt följande: "Jag måste spara detta till någon som behöver det". Andra exempel på övertygelser är följande: "Jag behöver inte förlita mig på mitt minne för något som är så pass viktigt", eller "Om jag inte kan kontrollera mina ägodelar kan jag inte kontrollera mig själv" etc.

VIDEO 1: samlarsyndromsprofil av ett fall Detta klientfall benämndes som "min mors trädgård" ("my mothers garden"). Det hade hittats några rättor och rättkroppsdelar i klientens ansamling av saker. Utifrån klientens perspektiv kan inte någon domstol ta hennes hus, och ingen kan komma för att demolera hennes hem. När klienten klättrade över sina saker sa hon inte att något var hemskt, utan kände snarare en tillgivenhet till denna ansamling. Klienten uppgav att hon samlade saker som hon hade möjlighet att samla, och inget annat. Dock fungerade ingenting i huset p g a ansamlingen, t o m sovrummet var överfullt.

VIDEO 2: skuld över att kasta bort saker I ett annat fall kände en klient skuld över att "slösa på saker" när det kom på tal om att städa upp. Klienten sa bl a "Jag har varit en slarvig person hela mitt liv". Systemen var chockad över att se ansamlingen av saker och sa bl a följande: "Inget av detta verkar störa henne". Detta var ett tydligt självskadande beteende. Bl a var frysen full av rutten mat.

Vad för slags behandling fungerar inte vid samlarsyndrom?

Härnäst beskrivs illustrationer samt information presenteras om vad som inte fungerar som behandling för samlarsyndrom.

Genomgående och omedelbara uppstädningar fungerar inte: Detta är den vanligaste strategin som används. T ex kan en släkting säga något enligt följande: "Nu går du bort härifrån medan vi städar upp huset, och sedan kan du komma tillbaka". Efter ett år kom samma ansamling av saker tillbaka. D v s ingen förändring på lång sikt. En mindre del av individerna hade det fortsatt städat hemma efter



ett år, men en lika stor andel individer hade förvärvat en ännu större ansamling av saker än vad som var fallet innan uppstädningen. I de flesta fall ledde uppstädningen inte till någon förbättring på lång sikt. Tolin presenterade ett fall där en klient med samlarsyndrom reagerade mycket negativt på en dylik genomgående uppstädning. Barnen till kvinnan som hade samlarsyndrom sa följande "Vi kommer att skicka mamma till släktingar i New York och vi kommer att städa upp allting". Hur reagerade modern när hon kom tillbaka? Klienten ropade högt "Herregud!". Därefter grät hon upprepade gånger, reagerade desperat, kände en stark sorg samt la sig på golvet och bara fortsatte att gråta. Hon blev akut deprimerad samt suicidal och blev intagen för psykiatrisk vård. Om man tar kontroll över personens ägodelar utan dennes medgivande får man en mycket negativ reaktion samt ingen förändring. Ansamlingen av saker är inte problemet. Problemet är att man inte är

förmögen att kasta bort saker, samt att man känner ett behov av att samla på sig saker.

Kan man medicinera samlarsyndrom?

Paroxetin (SSRI) har lett till en bristfällig respons för OCD och OCD + samlarsyndrom. Venlafaxin (SNRI) verkade lovande i en öppen klinisk undersökning (open clinical trial), d v s ett antal personer reagerade lovande. Dock behövs randomiserade studier av detta läkemedel för att fastställa om det fungerar eller inte som behandling för samlarsyndrom.

Vad fungerar som behandling för samlarsyndrom?

KBT är den enda behandlingen som är effektiv för samlarsyndrom. KBT fungerar även som gruppbehandling.

Kontingent hantering av hamstringsymptom Kontingent hantering (s k contingency management) vid drogmissbruk innebär

att varje gång man är ren från droger får man en belöning. Motsvarande vid samlarsyndrom är att varje gång man tar bort lite skräp eller ansamlade saker så får man t ex en biobiljett. Denna ansats med kontingent hantering har enligt Tolin mycket lovande resultat.

Reduktion av samlarsyndrom vid psykologisk behandling

Den procentuella andelen reduktion av symptom vid samlarsyndrom varierar i olika studier (mellan 14-34 %). Man kan inte få en person att sluta vara samlare. Oavsett behandling så förblir de flesta klienter hamstrare vid slutet av behandlingen. Vilka reagerar bättre på behandlingen? För det första, de med mindre komorbid social ångeststörning samt perfektionism. För det andra tenderar kvinnor att få ett bättre utfall, samt att närvara vid behandlingen mycket oftare. Indikationer på närvaro och engagemang under den 2:a veckan utgör en god kvalificerad gissning på vem som kommer att reagera på behandlingen 6 månader framöver.

Behandling för samlarsyndrom är i sin linda, precis som anorexi behandling var på 60-talet. Vid hembesök sker en något större grad av förbättring. Men det är oklart hurvida denna milda förbättring är värd den ekonomiska kostnaden. Individuell KBT är något bättre än KBT i gruppbehandlingsformat. Den tredje bästa behandlingen är internetförd med KBT.

Olika sambandsinstansers svårigheter att hantera samlarsyndromet

Äldrevården, polisen, djurskyddsföreningar, socialvården för skydd av barn och den allmänna hälsovården har alla ett stort problem med att hantera samlarsyndrom. Man har börjat närma sig idén om att man behöver samarbeta mera med varandra.

Interventionsarbetsgrupp för samlarsyndrom: val 1

Exempel på när det endast finns en instans att ringa till:

- Finns det en nära annalkande fara? Håller huset på att brinna ner och

kan personer komma att dö? Då ska man ringa till brandkåren!

- Är personen suicidal? Kontakta akutpsykiatri!

Interventionsarbetsgrupp för samlarsyndrom: val 2

Ska man avsluta detta ärende? Om inte, är det bara att fortsätta med det? Det kommer aldrig att ha ett slut. Ska man kontrollera personen en gång årligen? Ska detta ske för evigt?

Slutsats med ett citat från Tolin

"Detta är ett område under utveckling som vi endast börjar förstå, ta det jag säger med en nypa salt" (Tolin).

Bättre igenkänning av det egna problemet i en grupp

Klienter med samlarsyndrom kan känna igen sina hamstringsproblem hos varandra i en gruppterapi, men inte när detta enbart kommuniceras tillbaka till dem personligen.

Kognitiv beteendeterapi för samlarsyndrom

I detta avsnitt beskrivs den kognitiva beteendeterapeutiska behandlingen för samlarsyndrom som har utvecklats av Tolin (2014).

1. Bedömning

För identifiering av en omedelbar annalkande risk finns det ett antal mätningar tillgängliga. Tolin tillhandahåller en internetlänk till *International obsessive compulsive disorder section for hoarding* för existerande mätningar av hamstringsymptom.

Activities of daily living hoarding scale: Mäter i vilken grad ansamlingen av saker påverkar det vardagliga levernet. *Home environment index:* Nersmutsning av hemmet (t ex rutten mat), strukturell skada i hemmet, kapacitet för städning, vård av sig själv (fysiskt, neurologiskt etc), ingen fungerande toalett, globalt bristande omhändertagande av sig själv etc.

Självskattningar för samlande: Self inventory revised, Hoarding Rating scale, 5 frågor varav alla inte är DSM-relaterade. *Samlarbildsskattning (foto av ansamlingen):* Klienten får skatta sin ansamling av skräp och saker via en bild av sitt

vardagsrum och får följande fråga: "Hur allvarlig är ansamlingen av saker i ditt hem? Den svåraste frågan varav svaren brukar vara i motsats till en fråga om OCD. Ställ även följande fråga: "Hur besvärad är du av ansamlingen i ditt hem?"

Även svaret till denna fråga brukar bli i motsats till en fråga om OCD. *Bilder av varierande grad av ansamling:* Tolin uppgav att man har tagit fram 9 bilder med varierande grad av ansamling som man visar till klienten samt ställer följande fråga: "Peka på den bild som liknar mest ditt hem". Samlare kan visualisera graden av sin ansamling.

2. Psykoedukation

Hjälper till att bygga upp klientens förståelse för vad det är som pågår. Man hjälper klienten att förstå KBT-modellen för samlarsyndrom, och berättar om de beståndsdelar som hittills har

presenterats i artikeln. Detta för att klienten ska få en förståelse för behandlingen för att kunna fatta sitt beslut om hen vill genomgå denna. Man ska bygga upp KBT-modellen på fallbasis. Man presenterar en modell över varför

Det har inträffat bränder som resultat av patologiskt samlande vid samlarsyndrom.

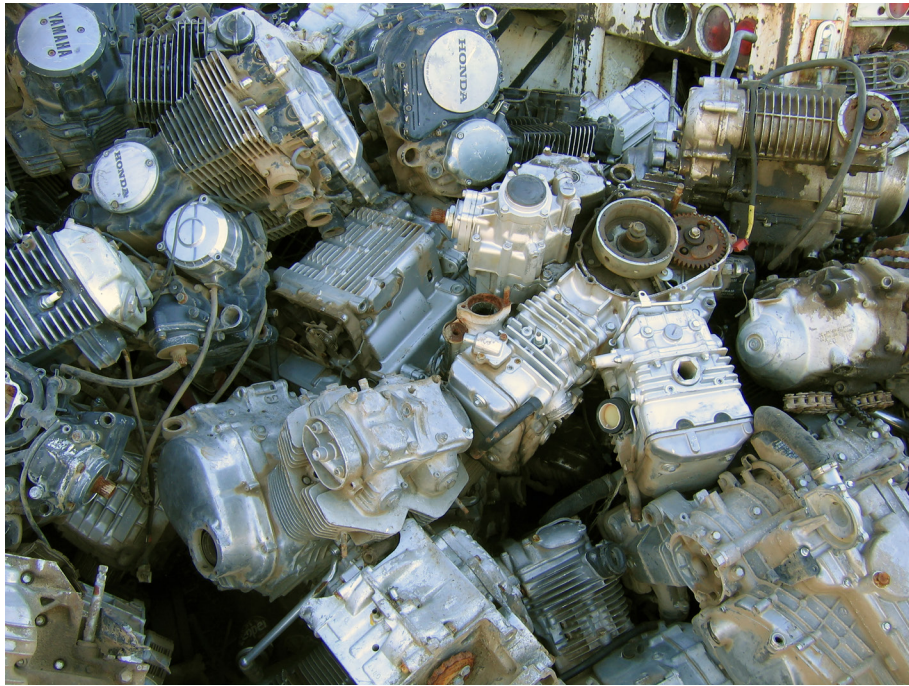
man tror att ett extremt hamstrande inträffar. Klienten ska med hjälp av terapeuten få en förståelse för varför hen har de svårigheter som är kopplade till samlarsyndrom.

3. Motiverande samtal

Enligt Tolin är det mycket svårt att till-

lämpa motiverande samtal på samlarsyndrom. Tolin studerade en av sina klienter med *Patient rejection scale* samt *Working alliance inventory*. Det finns en säregen form av avvisande vid samlarsyndrom. Det finns dessutom en svagare arbetsallians. Här följer exempel på beteenden som är vanliga vid samlarsyndrom:

- Visar en bristfällig insikt



Problemet är att man inte är förmögen att kasta bort saker, samt att man känner ett behov av att samla på sig saker.

- Uppvisar bristfälliga problemlösningsfärdigheter
- Ställer inte särskilt bra frågor
- Svarar på andra frågor (orelaterade frågor)
- Det tar en lång tid för klienten att svara på relevanta frågor (t ex en halv timme)
- Identifierar inte målsättningar som är förenliga med terapin
- När terapeuten ställer frågor uppstår det dispyter eller avvisanden

Dessa klienter har en mycket hög IQ och kreativt tänkande. Flertalet av dem är högutbildade (fil. kand., mastersexamen, fil. dr.). De är kroniskt arbetslösa. När de får en anställning arbetar de inte särskilt bra.

Varför är motiverande samtal en nödvändig behandling? För det första, det finns hos dessa klienter en låg grad av insikt i deras problem relaterade till samlarsyndromet. Deras relevanta hjärnnätverk är inte aktiverade vilket är en förutsättning för att de ska kunna känna igen att något är fel. De känner inte att något är fel. De anstränger sig inte särskilt mycket heller. För det andra, det finns en hög grad av ambivalens. Apati innebär att inte bry sig om något överhuvudtaget vilket inte är fallet vid samlarsyndrom. Det finns en ambivalens med två huvudspår av tankar. Klienten vet inte vad som ska göras, samt att hen inte vill göra det som är nödvändigt. För det tredje, dessa klienter har interpersonella problem. Den genomsnittliga hamstraren är 50 år gammal, har börjat hamstra vid 10 års ålder, har hållit på att hamstra

i över 40 år, har haft dispyter angående sin hamstring i över 40 år, har bråkat med sina föräldrar, partners och barn i över 40 år. Vad innebär detta? Hamstringen har utvecklats till en vana, en reflex. Man har blivit väldigt duktig på detta. De är mästare på att ha dispyter och att argumentera för sin sak, och detta under en längre tid än många av oss har levt. Det är vanligt att terapeuter har följande tankar om klienten: "OK jag kommer att hjälpa dig. Varför är du så fientlig mot mig? Du har klivit in i ett tillstånd av outsinlig argumentation, en riktig mina". För det fjärde, dessa klienter är kroniskt överväldigade, t ex de kan säga något enligt följande: "Jag är för trött, jag har gjort andra saker". För det femte är de icke-följsamma med terapin. Det finns svårigheter på samtliga nivåer.

Tolin gjorde en övning med åhörarna för att illustrera svårigheterna som dessa klienter har. Vi skulle föreställa oss ett beteende hos oss själva som vi har försökt att förändra. T ex gå ner i vikt, motionera, sluta röka, sluta att bita på naglarna och så vidare. Därefter fick vi följande fråga: "Hur lång tid tog det tills du började lägga märke till konsekvenserna av detta beteende? 1 vecka? 1 månad? 1 år? Mer än 1 år?" Det sistnämnda är det vanligaste svaret. Därefter följde nästkommande fråga: "Hur lång tid tog det från att du la märke till problemet med beteendet tills du försökte att ändra det? 1 dag? 1 vecka? 1 månad? 1 år? Längre tid? Mycket längre tid?". Efter denna följde följande fråga: "Var du riktigt framgångsrik? Tog det 1 tillfälle? Flera försök? Jobbar du fortfarande

med att förändra detta beteende?" Återfall är vanligt. Beteendeförändring tar ofta en mycket lång tid.

Vad är motivation? Motivation definieras som ett beteende. Motiverande samtal är en interaktionsstil med syfte att öka en persons beredskap för förändring. MI:s principer är för det första att lösa klientens ambivalens. För det andra går den ut på en anti-auktoritär kommunikationsstil. För det tredje lägger man ansvaret på klienten. Detta innebär att klienten ska lära sig att argumentera för en förändring. Vi tenderar att tro på saker om vi själva säger dem. Hur får vi personen att säga detta? Detta beror på i vilket motivationsstadium klienten befinner sig. Man behöver kontinuerligt bedöma i vilket motivationsstadium klienten befinner sig i:

- Pre-kontemplation: "Jag har inget problem med hamstring av saker, jag mår bra".
 - Kontemplation: "Jag kanske har ett problem", "Jag kanske vill göra något åt det".
 - Handlingsplan: "Jag vill göra något åt det".
 - Upprätthållande
- Anpassa kommunikationsstilen till klientens förändringsstadium. Vägled personen till nästa stadium. Hur? Enligt följande riktlinjer:
- Pre-kontemplation: Få klienten att känna sig ännu mera osäker, öka graden av ambivalens
 - Kontemplation: Hjälpe klienten att lösa ambivalensen för att komma till nästa motivationsstadium

- *Handlingsplan:* Agera som en hejklack, uppmuntra klienten att göra mer, att öka sina ansträngningar
- *Upprätthållandestadium:* Hjälpe klienten att inte återfalla

Det är viktigt att förstå klientens ambivalens. Ambivalens är normalt, även hos klienten är denna icke-patologisk. Det är viktigt att upptäcka ambivalensen, att hjälpa klienten att göra detta. Terapeuten ska följa klientens ambivalens (s k "roll with resistance"). Det är viktigt att tolka klientens motstånd på rätt sätt. Att veta i vilket motivationsstadium de befinner sig. Om klienten befinner sig i prekontemplationsstadiet och terapeuten agerar som om klienten var i handlingsstadiet kommer detta inte att fungera, t ex om terapeuten säger "Det är det här du behöver göra". Det finns olika frågor för olika syften. Ställ frågor som är svåra att svara på kortfattat. T ex ställ frågor enligt följande: "Berätta för mig vad du anser om dina levnadsmständigheter?". Ställ inte ja-nej frågor t ex enligt följande: "Behöver du städa upp ditt hus?".

Undersök för- och nackdelarna med icke-förändring samt förändring: Klienten kan börja med att räkna upp fördelarna med att låta saker vara som de är. D v s att låta ansamlingen av saker fortsätta. T ex behöver man inte oroa sig för städning. Därefter får klienten räkna upp nackdelarna med en icke-förändring. T ex att man inte kan hitta någonting, att det inte luktar så bra vilket skapar förlägenhet, att man inte kan använda rummen som är avsett, att man inte får särskilt mycket sömn, att nära anhöriga är upprörda och klagande, att platsen inte är särskilt lämplig för ett barnbarn att vistas i. Sedan är det dags för klienten att räkna upp fördelarna med att städa upp saker. T ex att man vet var saker och ting är någonstans, att man kan känna sig bekväm när människor kommer på besök, att grannar troligare kommer att komma förbi, att huset kommer att vara rent vilket kommer att kännas bra, att man kan röra sig omkring fritt, att om man har husdjur så kan även djuret röra sig fritt. Slutligen tar man upp kostnaden med att städa upp sakerna. T ex känner klienten att detta är obehagligt, det är svårt att göra, det innebär mycket arbete och svett, det kräver en viss planering, att klienten hatar att bli av med bekvämliga saker, och att detta är känslomässigt påfrestande. Därefter får klienten sammanfattningsvis räkna upp nack- och fördelarna om hen låter saker och ting

vara som de är, samt nack- och fördelarna om hen börjar ta ut/slänga saker. Klienten får slutligen svara på följande fråga: "Vad verkar mest vettigt när vi tar allt detta i beaktande?".

Affirmationer: T ex "Detta är en viktig poäng!", "Jag kan se hur saker och ting besvärar dig". Detta används bl a när man följer klientens motstånd (s k *rolls with resistance*). Den grundläggande idén med affirmationer är att man inte blir attackerad verbalt från klienten. Man ska reagera på klientens motstånd på ett sätt som inte leder till argumentation, t ex enligt följande "Jag hörde vad du sa, jag vet vad du menar". Det är inte bra att ställa för många frågor. Hälften av det som terapeuter gör i motiverande samtal består av reflekterande påståenden eller sammanfattningar (s k *reflective statement*) och inte av frågor. Carl Rogers var en "mästerlig behaviorist" enligt Tolin. Han anpassade sitt beteende efter klientens svar för att påverka denne. När klienten sa något som Rogers ville böjde han sig framåt och nickade. När klienten sa något som Rogers inte ville lutade han sig bakåt och nickade inte. *Samma sak sker vid reflektivt lyssnande*. När klienten uttalar påståenden som är i enlighet med nästkommande motivationsstadium så blir detta reflekterat tillbaka till klienten. Terapeuten ska styra konversationen, tidvis ska man summera klientens uttalanden, förstärka det som har sagts, samt i förväg annonsera att summeringen snart ska komma.

Att uttrycka empati: Empati är ett beteende, inte ett karaktärsdrag. Empati uppvisas genom att man anstränger sig för att förstå en persons känslor, dennes unika perspektiv och värderingar.

Diskrepans mellan beteenden visavi målsättningar och värderingar: Man vill skapa en diskrepans hos klienten (d v s ambivalens). För att kunna göra detta måste man veta vilka klientens målsättningar och värderingar är. Exempel på värderingar är: "Jag vill bli en bra förälder", "Jag vill bli en framgångsrik affärsman" etc. Därefter frågar terapeuten följande: "I vilken utsträckning är dina nuvarande

beteenden i överensstämmelse med dina målsättningar och värderingar?". Summera därefter klientens beteenden och ställ sedan följande fråga: "Hur får du ihop detta, hur passar allt detta ihop med varandra?". Vänta på att klienten uttrycker hur hen försöker få ihop det hela. Vi vill att klienten ska börja prata om nästa motivationsstadium. Hur kan vi skapa förändringsprat hos klienten? Genom evokativa frågor, genom olika frågor som leder från nuvarande till nästa motivationsstadium etc. Ställ t ex följande frågor:

- "På en skala från 1-10, hur viktigt är det att få samlandet under kontroll?"
- (Om klienten svarar "6" ställ följande fråga:) "Varför är din skattning inte lägre än 6?"

Varför ställer man den sistnämnda frågan? Därför att svaret fokuserar på varför det är viktigt att få kontroll över samlandet. Klienten börjar engagera sig i förändringsprat. Terapeuten vill

att hen ska säga det man vill att hen ska tänka. Ställer man frågan "Varför är din skattning inte högre än 6?" kommer klienten att prata om varför det inte är viktigt att förändra sitt samlarbeteende. Detta minskar motivationen till förändring.

Undvik argumentation:

Agera genom att inte gå in på klientens bete. T ex om klienten frågar följande: "Du vill att jag ska ta ut alla saker?" ska man inte säga "Ja". Istället ska man svara "Absolut inte, det är upp till dig". En annan sak man kan göra är att hålla med klienten med en "knorr" (s k *agreement with a twist*). För det tredje ska man stödja klientens självveffektivitet, att klienten vill förändras och uppfattar att hen har förmågan att göra så. Man ska reagera adekvat på självförtroendeyttranden. Om man säger "du kan göra det" kommer detta att framkalla saker som kan gå fel hos klienten. Man kan istället lyfta fram möjliga utmaningar.

4. Organisering

Man kan träna sig själv i att bli mera organiserad. Bristande organisering är en huvudsaklig orsak till att hamstringen av saker byggs upp. Det är svårt att skapa och att följa en plan. Ett enklare sätt är att skapa ett antal mindre

Det finns en säregen form av avvisande vid samlarsyndrom. Det finns dessutom en svagare arbetsallians.

Man kan inte få en person att sluta vara samlare. Oavsett behandling så förblir de flesta klienter hamstrare vid slutet av behandlingen.

kategorier. T ex ”soppa-på-burk-mat”, ”fruktjuicer”, ”vardagskläder” etc. Det kan vara mycket svårt för klienten att skapa rimliga kategorier. Man kan lämpligast börja med att hjälpa klienten att börja med sorteringsbeteenden på plats i dennes hus. Klienten kan få hjälp att besluta sig med en sak i taget. Det näst bästa är att klienten tar sitt skräp eller saker till mottagningen. Väntrummet kan då bli fullt av saker och skräp. Skräp kan delas in i saker som ska kastas respektive som kan återanvändas, som man kan lösa respektive inte hitta en lösning på, som man kan sälja eller ge bort till goda ändamål, som är värdefulla respektive som kan återanvändas. Det krävs en steg-för-steg process för att hjälpa klienten att fatta beslut. För varje sak ska beslut fattas: behålla eller bli av med. Om man ska behålla, vilken kategori ska den tillhöra? Vissa saker kan läggas utanför huset på gräsmattan för stunden. Därefter kan man lägga ut dem på deras tillhörande plats. Om det är något man inte vill ha, vart tillhör saken i dessa fall? Går detta att återanvända (t ex pant)? Är det skräp? Kan man skänka det till välgörande ändamål? Går det att sälja? Det är oerhört enkelt för de flesta människor att kasta sitt avfall/skräp eftersom vi vet vad vi ska göra implicit. Detta kan jämföras med språkkunskaper. Vi vet hur vi ska tala svenska. Men att lära sig ett annat språk är överraskande svårt. Tänk på samlarsyndrom som att lära sig ett organiseringspråk.

3 1/2 - lådetekniken (3 1/2 box technique): spara här, spara någon annanstans, ta ut det härifrån samt använd nödsituationsboxen (s k ”the emergency box”). Man skapar bilder av 4 lådor och man ska lägga sin sak som man håller i för närvarande i en av dem. Man har till hands lådor och man ska organisera varje sak - en i taget - för att läggas i någon av dessa lådor. Varje låda har sin naturliga gräns för hur mycket saker man kan lägga i. När en låda är full måste man

hantera den, t ex ta den till en skräpcontainer eller dylikt. *Obeslutsambet* är ett primärt problem. Beslutsfattande och organisering utgör ett ”främmande språk” vid samlarsyndrom. Utmanande frågor för att fatta beslut:

- ”Vad använder du denna till?”
- ”Behöver du den här?”
- ”Har du använt den under det senaste året?”
- ”Är den verkligen viktig?”
- ”Om du inte ägde den, skulle du köpa den?”
- ”Vilken fråga tror du att jag vill ställa till dig just nu?”

5. Exponering för icke-anskaffning och kassering (att kasta bort saker)

Denna form av exponering är olik traditionell exponering. Den är mer lik ”cue-exposure”. Syftet är att hjälpa klienten att bygga upp förmåga till impulskontroll. Detta är relevant närhelst klienten sysselsätter sig med en anskaffning av saker. Man kan översätta namnet på denna metod till ”icke-anskaffningsexponering” (s k *non-acquisition exposure*). Samma metod som är avgränsad till att öka impulskontrollen för att gå ut och shoppa kallas för ”icke-shoppingtekniken” (s k *non-shopping technique*). Exponering för icke-anskaffande: Tolin uppgav att han vill att klienter börjar ställa sig själva frågor. T ex enligt följande:

- ”Du har ett begär att anskaffa dig denna sak”
- ”Behöver du den?”
- ”Vad skulle vara för- respektive nackdelarna med att anskaffa den?”
- ”Om jag inte kan svara på alla frågorna ska jag inte köpa den”

Tolin uppgav att man ska börja med exponeringen på en mycket låg nivå. I ett exempel som presenterades på TV körde en person runt för att leta efter saker att anskaffa. Personen hoppar ut från bilen medan den fortfarande är igång och ropar ”du kan inte stoppa mig” (d v s en liknelse med

humoristiska inslag). Ett misslyckande med den inre impulskontrollen sitter i ”orbital frontal cortex”. Man ska bygga upp impulskontrollen genom att närma sig det man har impuls att anskaffa, röra vid det, prata om sina känslor om det, samt öva sig i att inte ge efter för impulsen att anskaffa saken. En video presenterades som kallades för ”icke-shoppingtur” (”non-shopping trip”). Klienten befann sig i en affär framför en buddhastaty som denne fick ett begär att köpa. Klienten fick tillämpa utmanande frågor, prata om sina känslor, undersöka objektet. Klienten fick tänka på att hen lyckades köpa objektet, samt att hen misslyckades genom att gå iväg utan att köpa det. Klienten fick hjälp att svara på följande frågor:

- ”Hur skulle du tänka om den om du köpte den?”
- ”Skulle den kännas nödvändig?”
- ”Skulle den vara det du vill ha?”
- ”Vill du att den ska få ta upp ditt utrymme?”

Framställ två val i ett frågeformat. *Behandling för kassering:* Man gör den vanliga sorteringen. Välj ett målområde och börja rensa detta område tills det är fritt. Frigör så mycket utrymme som möjligt inom detta målområde. Varför välja små områden? Det är förstärkande att se hur ett område frigörs, hur man får fram en fri yta. Dock reagerar inte alla människor på det sättet. I dessa fall kan man försöka att öka motivationen. Dessutom kan man göra en plan på hur man kan använda detta område.

6. Kognitiv omstrukturering

Det finns vissa saker som är unika vid samlarsyndrom. Man ska identifiera och korrigera kognitiva förvrängningar, och tydliggöra skillnaden mellan behov och begär att vilja ha. En vanlig kognitiv förvrängning börjar med ”Om jag inte pantar detta då (positiv övertygelse)”. Andra exempel på förvrängningar är ”jag borde aldrig kasta någonting”, ”om jag kastar bort denna tidning, då kommer jag att kasta bort något viktigt”, ”jag måste behålla denna sak,

varför skulle jag annars känna som jag gör?” (känslomässigt resonering). Tolin uppger att han inte föredrar att tillhandahålla saker på ett ordnat sätt till klienter. Därför används bl a utmanande frågor. Här följer exempel på utmanande av kognitiva förvrängningar:

- ”Vad finns det för bevis för och emot denna förvrängning?”
- ”Ur vilka olika synvinklar kan vi se på detta?”
- ”Vad skulle någon annan tänka angående detta?”
- ”Vilka är de troliga konsekvenserna av att ha denna övertygelse?”

Man ska lära sig att se en medelväg i svaret på frågorna. Man kan undersöka den gällande regeln: ”Är denna regel realistisk?”, ”Vad är sannolikheten att...?”. Tolin presenterade videon ”Socratic questioning”. Sokratiska frågor innebär att man undervisar utan att egentligen säga någonting, utan genom att endast ställa frågor. T ex ”Finns det något annat som får dig att vilja hålla kvar vid detta?”. Man kan även summera i frågeformat. Man skiljer på behov och vad man vill ha. Vad behöver vi? Vatten, mat, syre, troligen en del saker, men förutom det? Ställ frågor som t ex:

- ”Skulle jag klara mig utan detta?”
- ”Skulle det innebära en katastrof?”
- ”Behåller jag det här av känslomässiga skäl?”

Värdera sin tid: få klienten att sätta ett värde på sin tid, ställ t ex följande fråga: ”Om jag kunde köpa mig en timmes tid, hur mycket skulle den kosta?”, ”Låt oss säga 100 dollar”. Nästa fråga: ”Hur många 100 dollarsedlar skulle det ta att läsa alla nyhetstidningar? Är det värt 200 000?”... ”Nej” (klienten svarar)... ”Skulle du ge mig 100 000 dollar för att läsa dem? Vad är du villig att göra för att bli av med dessa 20 timmar?”

Downward arrow: en variant på en sokratiske fråga. Fråga klienten vad hen tror skulle hända om en övertygelse var sann. Därefter ställer man samma fråga om den övertygelse som kommer fram i klientens svar om och om igen, tills det endast yttras en global övertygelse hos klienten.

Beteendexperiment: se på dina övertygelser som hypoteser. Testa dem och observera resultaten. Belys den diskrepans som uppstår ur den prediktion man har formulerat innan och vad som verkliga inträffade. Tolin visade en video på en sak som en klient inte kunde tänka sig att göra sig av med. Först berättade klienten att ta fram en sak

som hen inte kan göra sig av med och som hen egentligen inte behöver, t ex en röd tröja. Det finns en stark känslomässig tillgivenhet till tröjan. Närmast sker en dialog mellan klienten (K) och terapeuten (T):

(T): ”Vad skulle vara så dåligt med om din syster skulle bli besviken om du gjorde dig av med tröjan? Vad tror du skulle hända?”

(K): ”Jag skulle bli övergiven, ensam eller deprimerad”

(T): ”Hur säker är du på att dessa dåliga saker skulle hända?”

(K): ”Ganska säker”

(T): ”Hur svårt skulle det kännas att bli av med tröjan på en skala från 0 till 10?”

(K): ”9 eller 10”

(T): ”Om du gör dig av med den, hur länge tror du att du kommer att känna dig på det här sättet?”

(K): ”En lång tid. Jag är villig att prata om det, men inte att bli av med den. Min syster skulle bli försäkrad och äcklad över det?”

(T): ”Om det skulle lösa hamstringsproblemet, hur skulle hon känna angående detta?”

(K): ”Jag är säker på att hon skulle känna sig 70-80 % bättre angående detta”

(T): ”När du tänker på problemet på ett annat sätt så förändrar det dina känslor. Skulle du kunna tänka dig att göra ett experiment, testa hur du skulle känna dig om du blev av med den?”

(K): ”Jag kan försöka att bli av med den och ge den till frälsningsarmén” (tar fram en papperspåse, lägger tröjan i påsen och tar ut den för att känna efter hur det känns).

(T): (efter femton minuter): ”Hur känner du dig baserat på att du predicerade att det skulle vara mycket svårt att göra dig av med tröjan?”

(K): ”De tankar jag hade och de förutsägelser jag gjorde om hur jag skulle känna mig har inte inträffat. Men jag är fortfarande orolig för hur min syster kommer att reagera”

(T): (En viss tid har gått och systemen har fått reda på att klienten har kastat skjortan som hon gav klienten): ”Så hur har det gått?”

(K): ”Hon har glömt att hon gav den till mig”

(T): ”Hur dåligt har du känt dig den här veckan på en skala från 0-10?”

(K): ”1-2”

Referenser

Tolin, D.F. (2013). *A professional's guide to hoarding disorder*. Hartford Healthcare, Institute of Living (2 DVD).

Tolin, D.F., Frost, R.O., & Steketee, G. (2014). *Buried in Treasures: Help for Compulsive Acquiring, Saving, and Hoarding*. New York: Oxford University Press.

WiseMind AB

Metaforer

– från vetenskap till psykoterapeutiska verktyg



Workshop med Niklas Törneke

Stockholm, Ersta konferens 8-9 februari 2017

Välkommen att delta båda dagarna eller endast första dagen.

Vad är metaforer? Hur och när ska metaforer användas i psykoterapi, och i vilket syfte?
Vad säger forskningen?

Niklas Törneke är psykiater, leg psykoterapeut, handledare i psykoterapi och författare till *Metaforer- från vetenskap till psykoterapeutiska verktyg* (Studentlitteratur 2016).

Information och anmälan: WiseMind AB, www.wisemind.se, info@wisemind.se 070-2652575



Svenska föreningen för kognitiva
och beteendearbetande terapier

Medlemmar i Mellansvenska föreningen för kognitiva och beteendearbetande terapier och andra intresserade inbjuds till:

Sokratiskt café 45

Schematerapi som utgångspunkt vid konceptualisering

Poul Perris och Carl Gyllenhammar

Kort om innehållet: Hur man med hjälp av Schematerapi kan bistå med en kvalificerad (och pedagogisk) helhetsbild där det tydliggörs vilka behov som är frustrerade och vad som vidmakthåller svårigheterna. Detta transdiagnostiska synsätt där scheman, coping och livsomständigheter kartläggs blir så en utgångspunkt för att välja relevant behandling.

Onsdagen den 19 oktober 2016

Program: 17.00–17.50 Mingel med tilltugg, t ex wrap
17.50–18.00 Föreningsinformation
18.00–20.00 Föredrag inkl. frågor och diskussion

Lokal: Alias TEATERN, Hälsingegatan 3, Stockholm. Tunnelbana Odenplan.

Kostnad: 100: - för medlem, 200: - för icke medlem.
Gratis för mellansvensk medlem utanför Stockholms län.

Förhandsanmälan (och avbokning vid hinder) via mail till: pirjo.savlin@sll.se
Detta krävs för att vi ska kunna beställa mat. Anmäl gärna specialkost.

Info ges av ordförande i Mellansvenska föreningen för kognitiva och beteendearbetande terapier:

Birgitta Norgren Lundgren: ordforande.mellan@gmail.com

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

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

Nyhetsbrev från styrelsen, 2016-05-31

Styrelsen hade telefonmöte.

Ordförandes rapport

Föreningens administratör Justina slutar och rekrytering av en ersättare pågår. Under mötet beslutade styrelsen beslutade att anlita Klostermarks byrå som ekonomisk konsult.

Behandlarlistan

Sökfunktionen på behandlarlistan har ändrats i syfte att göra det mer träffsäkert och korrekt då vissa problem fanns tidigare.

EABCT

Avtal med sfKBT om EABCT16 har utformats. Föreningarna delar 50/50 intäkter och förluster.

Hemsida & IT

KBT.nu granskas av flera styrelsemedlemmar i syfte att felsöka och fräscha upp sidan.

Infogrupp och annons

Det finns ett behov av att förtydliga och uppdatera rutinerna gällande godkännande av annonser.

Media och opinion

Arbetet fortsätter med att förbereda paneldebatten på EABCT. Panelen består av forskare och politiker/myndigheter som ska diskutera vikten och implementeringen av evidensbaserad psykologisk behandling i Sverige.

Studerandenätverket

Studerandenätverket har nya medlemmar från Stockholms universitet och Karolinska institutet. Kontaktpersoner vid varje lärosäte är på gång. Hittills finns det en på varje lärosäte med undantag för Göteborg, Lund, Växjö och Örebro.

Utbildningsfrågor

Utbildningsplaner uppdateras.

Årsmötesgruppen

Årsmötesgruppen är formerad och arbetet har påbörjats.

För styrelsen,

Monica Buhrman

Nyhetsbrev från styrelsen, 2016-08-15

Styrelsen hade telefonmöte.

Medlemsstatistik

Vår förening har totalt 997 varav 341 stödmedlemmar, 53 studenter och 20 pensionärer.

Hemsida & IT

Uppdatering av KBT.nu fortsätter. Tekniker är konsulterad för att genomföra förändringar som föreslagits av de styrelsemedlemmar som granskat hemsidan i syfte att förbättra hemsidan. Det planeras att se över textinnehåll rörande specifika tillstånd och behandling samt de texter som rör utbildningar och priser.

Media och opinion

Paneldebatten under EABCT är spikad och klar och den kommer att arrangeras av BTF och SfKBT och kommer att gå under titeln: Vård av psykisk ohälsa i Sverige - aktuell situation och framtida utmaningar. Samtliga paneldeltagare har bekräftat sin plats. Paneldebatten äger rum den 2 september.

Samverkansgruppen sfKBT

Poul Perris lämnar ordförandeposten i samband med deras nästa årsmöte, ny ordförande på förslag är Eva Gafvelin Ramberg.

Utbildning

Utbildningsplanen är under revidering och i samband med detta tydliggöra vad som det innebär att utbildningar genomförs "I samarbete med BTF".

Årsmötesgruppen

Årsmötesgruppen fortsätter arbeta för kongressen 2017 i Uppsala.

För styrelsen,

Monica Buhrman

Styrelsen:

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

Mediakontakt:

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

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Martin Oscarsson, kanslist
btf.kansli@gmail.com
Kontakt vid ekonomifrågor:
info@klostermark.se
KBT-listan:w
btf.listadmin@gmail.com
Anders Görling, webbredaktör
Revisorer:
Rio Cederlund, Johan Wetterlöv
Revisorssuppleanter:
Håkan Wisung, Olof Johansson
Valberedning:
Vendela Zetterqvist, Gösta Liljeholm, Maria Gustavsson
Hemsidor och IT:
Lars Ström

Handledarkommittén:

Eva Magoulias, Lisa Grönblad,
Malin Levin, Marianne Lundahl

Nätverk:

Studerandenätverket
(kontaktperson: Frida Andersson)

Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:

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

Psykologpartners kommande utbildningar

Grundläggande psykoterapiutbildning med KBT-inriktning, 4 terminer
Stockholm med start i januari 2017

ACT with compassion: workshop med Jason Luoma och Jenna LeJeune
Stockholm den 26-27 september

Att möta ensamkommande barn - en paketutbildning
Linköping den 28-30 november och 1 december

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre fristående delar
Del 1: Inlärningsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT
Stockholm den 1-2 och 23-24 november
Malmö den 6-7 och 13-14 februari
Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning
Göteborg den 5-6 december
Stockholm den 15-16 mars
Del 3: Färdighetsträning i ACT
Stockholm den 12-14 oktober
Göteborg den 6-8 februari

Grundutbildning i Motiverande samtal (MI) med kodning av eget samtal
Göteborg den 4-5 oktober och 22 november
Linköping den 17-18 oktober och 15 december
Stockholm den 1-2 mars och 27 april

Klinisk beteendeanalys vid komplexa fall
Västerås den 2 december

Transdiagnostisk gruppbehandling
Linköping den 7 november
Stockholm den 13 januari

Beteendeterapi och ACT för unga
Stockholm den 18 oktober

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

Kurs i parterapi utifrån Integrative Behaviour Couples Therapy, IBCT
Stockholm den 28-30 september
Stockholm den 8-10 februari

Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag
Stockholm den 4 oktober

Autism, ADHD och andra neuropsykiatriska funktionssätt
Linköping den 12 september

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

Specialistkurs för psykologer: Internetbehandling
Stockholm den 6-7 oktober och 10-11 november

Specialistkurs för psykologer: Handledning utifrån beteendeanalys
Stockholm den 9-10, och 30 november, 1 december och 18-19 januari

Specialistkurs för psykologer: Klinisk beteendeanalys och dess tillämpning
Stockholm den 14-16 och 28-29 november och 16 januari

Specialistkurs för psykologer: Motiverande Samtal, MI
Göteborg och Stockholm. Inga datum satta, intresseanmälan kan göras

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



psykologpartners