

Beteende terapeuter

**Att lindra
PTSD hos äldre**

**Trichotillomani
och Dermatillomani**



Beteende terapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Johan Åhlén, redaktör och ansvarig utgivare
ahlenjohan@gmail.com
Erling Hansen
erling.hansen@gmail.com
Anna Clara Hellstadius
hellstadius@gmail.com

Styrelsen

Lise Bergman Nordgren, ordförande
lnordgren@gmail.com

Josef Neib, medlemssekreterare
btf.medlemssekreterare@gmail.com

Ljúfur Dagsson, kassör

Övriga ledamöter

Li Wolf

li.wolf@neurokbtgbg.se

Lisa Clefberg

lclefberg@gmail.com

Daniel Björkander

daniel.bjorkander@hotmail.com

Tomasz Kunatowski

kunatowski@gmail.com

Malin Angberg

malin.angberg@gmail.com

Klara Edlund

klara.edlund@kbt-konsulterna.se

Olof Molander

olof.molander@ki.se

Molly Zetterberg

molly.zetterberg@gmail.com

Amanda Simonsson

Bendik Hjelm Waaler

bendik.waaler@gmail.com

Redaktionellt

Så var det efter en varm sommar dags för utgivning av årets sensommarnummer av Beteendeterapeuten!

I detta nummer får vi veta mer om behandling för Trichotillomani och Dermatillomani genom att höra psykolog Mia Asplunds kloka tankar och hennes erfarenheter av dessa tillstånd. Vi får även läsa om PTSD för äldre i en bokrecension av Anna-Clara Hellstadius.

Det blev ett relativt tunt nummer denna gång, men vi har fler spännande artiklar på gång till nästkommande nummer!

Trevlig läsning,

Johan Åhlén
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

Trichotillomani och Dermatillomani.....	4
Boktips: När kriget är allt du minns.....	8
Styrelsesidor.....	10

Manusstopp för nästa nummer: 10 november 2018

Bidrag skickas till: ahlenjohan@gmail.com

Textformat: Word/RTF

Omslag: rebeka303/Freeimages.com

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare:

Det är fantastiskt att debattera med föreningen i ryggen

Hur i hela friden kan sommaren redan vara slut?! Jag har haft min längsta sammanhängande ledighet sedan jag var 13 år, och ändå känns det som att jag nyss skickade tack-för-den-här-terminen brevet till mina kollegor.

Min första semestervecka är alltid ganska hemsk, jag har svårt att släppa arbetet och lever i villfarelsen att ingen annan kan göra mitt jobb och att jag måste finnas kontaktbar åtminstone under kontorstid. Efter 10 dagar klingar det av och efter 14 dagar drar jag igång nya projekt, i år att bygga om köket. Då slutar jag helt fundera på om jag är svår att nå för arbetsrelaterade frågor och mötesförfrågningar. Sedan går dagarna och jag går i pyjamas fram till lunch, hänger runt med familjen och hunden, och sträckläser skönlitteratur. Att sträckläsa just skönlitteratur är för mig verklig ledighet. Att laga mat med näsan i en bok, eller att vara vaken till sent på natten bara för att läsa lite till, några rader bara, kapitlet ut. Härligt! Men nu kommer tankarna på jobbet igen. Tidningarna fylls av artiklar om hur en så smidigt som möjligt ska komma tillbaka till vardagen. Mina tankar om att komma tillbaka till vardagen är extremt konkreta. De handlar om tåg, räls, signalfel och sena tågvändningar, kort sagt om huruvida tågpendlingen kommer att fungera. Jobbet ska bli toppen att komma tillbaka till, livet som tågpendlare inte alltid fullt lika toppen.

BTF-arbetet tar inte sommarsemester. Styrelsen har löpande möten, protokoll finns som alltid på hemsidan, och i detta nu planeras för den årliga arbetshelgen som innebär att styrelsen sammanstrålar för ett intensivt lunch-till-lunch möte. Den här gången kommer vi landa i Linköping och ett av de ämnen som kommer behandlas är svaren på den enkät vi skickat ut. Stort tack till alla er som valt att ta er tid och besvara den. Vi har också rekryterat en ny kanslist, Unn Gustafsson som från och med andra halvan av augusti efterträder Martin Oscarsson som ger sig av på nya uppdrag. Välkommen Unn och lycka till Martin!

Under sommaren har föreningens arbete för evidensbaserad vård av psykisk ohälsa åter blivit synligt. Återigen betonas vi att den vård patienter med ångest och depressionsproblem bör erbjudas är den som nuvarande evidens säger är den mest effektiva, och att detta innebär att Socialstyrelsens riktlinjer är det som gäller. Att arbeta för att vetenskap ska

Lise Bergman Nordgren
Ordförande i BTF

styra behandlingsarbetet har BTF alltid gjort på olika sätt. Även för mig är detta en viktig fråga och ordföranderollen är en möjlighet att på ytterligare en front arbeta för att alla människor med psykisk ohälsa får god vård och den behandling som det sammanlagda kunskapsläget visar vara mest effektiv. Den frågan, tillsammans med intresset för inlärningsteori och beteendeterapi, är en bidragande orsak till mitt engagemang i BTF från start. Min förhoppning är att jag genom att delta i debatter och samtal, tillsammans med att arbeta för att föreningen är en gynnsam arena för alla som jobbar med och är intresserade av detta på olika sätt, både kan understryka frågans vikt och föra diskussionen framåt. Frågan har lett mig i många beslut och vissa val har blivit enklare utifrån detta, som att forska och att arbeta med utbildning. Men ibland tar det

mig till platser och positioner som jag inte trodde jag skulle hamna på och i. Ibland är det obekvämt, men att stå upp för det en tror på är ju inte alltid bekvämt. Det behöver inte vara det. Jag vill passa på att skriva att det är fantastiskt att debattera med föreningen i ryggen. Jag är stolt och tacksam över att få representera en förening med väldigt kompetenta medlemmar, som gladeligen stöttar, levererar under press och bibehåller ett glatt humör.

På återhörande,
Lise



Intervju med Mia Asplund

Trichotillomani och Dermatillomani

Text: Johan Åhlén

Foto: Privat

Mia Asplund arbetar som psykolog på Ängstenheten, Psykiatri Nordväst, i Stockholm. Hon är specialist i psykologisk behandling, legitimerad psykoterapeut och har även författat boken "Fri från tvång – steg för steg med kognitiv beteendeterapi" utgiven på Natur och Kultur. Nyligen har hon blivit registrerad doktorand på Karolinska Institutet där hon kommer att utvärdera behandling för Trichotillomani och Dermatillomani. Jag träffade Mia för att få veta mer om dessa tillstånd.

Hur kom det sig att du intresserade dig för Trichotillomani och Dermatillomani?

För åtta år sedan började jag att arbeta här på Ängstenheten, och det var också här jag första gången träffade patienter med denna problematik. Jag minns att jag behandlade några få patienter under de första åren vilket jag tyckte gick sådär. Som psykolog får man ju inte med sig så mycket från utbildningen kring dessa problem, och jag upplevde att det inte direkt gick att applicera den behandling som vi använde till våra andra patienter (OCD- och BDD-patienter). När jag senare besökte en workshop med en forskargrupp från Holland som berättade om behandling för dessa tillstånd väcktes en tanke om att vi på Ängstenheten skulle kunna arbeta mer med det här, och kanske till och med göra det bättre än tidigare.

Ganska snabbt så hittade jag en manual av Woods & Twohig som heter

"Act-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania". Det jag helt enkelt gjorde var att jag översatte manualen till svenska och anpassade den från ett individuellt format till ett gruppformat. Sedan gjorde jag även vissa förändringar så att behandlingen även skulle passa för patienter med Dermatillomani.

Det har varit väldigt roligt att grota ner sig i det här området, speciellt eftersom det är svårt för de här patienterna att få en adekvat behandling för sina problem. Sedan är det relativt lite forskning gjort på området, så det är också roligt att kunna gå in i ett område där det finns mycket kvar att göra.

Hur vanligt är det med Trichotillomani och Dermatillomani?

Uppgifterna kring det varierar mellan olika studier. Enligt DSM-5 är det en livstidsprevalens på 1,4 procent för Dermatillomani, medan Trichotillomani ligger någonstans mellan en halv till fyra procent. I en pilotstudie som vi genomfört här på Ängstenheten med 40 patienter har det varit ungefär lika vanligt med Trichotillomani och Dermatillomani, och 10 procent hade även båda diagnoserna, alltså att plockandet gällde både hud och hår. Det är inte heller helt ovanligt att man har haft det ena tidigare, men att det sedan har gått över till det andra.

Det är betydligt vanligare hos kvinnor, med förhållandet tre av fyra för Dermatillomani och nio av tio för Trichotillomani. För många börjar

problemen i puberteten, men det finns ingen tydlig enstaka förklaring till det är mer vanligt hos kvinnor. Möjliga orsaker skulle kunna vara att det finns större krav och fokus på utseende hos kvinnor. Man kan även fundera på om det finns hormonella orsaker. Sedan är det ju också generellt fler kvinnor som söker vård för psykiatriska problem.

I DSM-5 har dessa diagnoser flyttat från impuls kontrollstörning till OCD och relaterade sjukdomar. Hur nära ligger dessa diagnoser OCD?

När vi förklarar vidmakthållandet för patienterna blir det väldigt likt hur det ser ut vid en OCD-behandling. Skillnaden är att det vid Trichotillomani och Dermatillomani förutom en negativ förstärkning av beteendet, ofta finns en positiv förstärkning. Hos OCD-patienter finns ju i regel ingen positiv förstärkning, alltså ingen njutningskomponent av tvångshandlingen.

En viktig differentialdiagnostisk fråga är i relation till BDD (Body Dysmorphic Disorder). Varför plockar patienten hud eller hår? Är det för att försöka rätta till en upplevd defekt som gör att man känner sig ful? En bra fråga kan vara "Om du inte skulle plocka i huden, hur tror du att den skulle se ut då?" Om patienten säger att huden skulle se ut ungefär som för andra, så fyller beteendet sannolikt inte en sådan korrigering funktion. Om patienten däremot säger att plockandet sker eftersom huden annars skulle se groteskt ut, så kanske plockandet istället är en del av en BDD-problematik.



Mia Asplund

Vilken påverkan på livet får dessa tillstånd?

Framför allt tar plockandet mycket tid, för många flera timmar per dag. Det inkräktar på jobb, familjeliv och studier. Många pillar så mycket i huden att de får sår och ärrbildning, i ansiktet eller på övriga kroppen, eller om man plockar hår, så att det blir kala fläckar. Sådana effekter kan vara svåra att dölja och kanske gör att man undviker intima kontakter, inte vill visa sig ute på sommaren eller inte vill åka med på jobbresan med efterföljande bastubad. Sår kan ju också bli infekterade och behöva behandlas med antibiotika. Sedan lider dessa personer också ofta av starka skamkänslor kring beteendet.

Hur startar problemen?

Det är svårt att ge ett generellt svar. För många kommer det smygande, man kanske har pillat eller plockat länge, men att det ökar vid en stressig period i livet. Det är ju delvis ett normalt beteende att pilla lite i huden

Det är svårt för de här patienterna att få en adekvat behandling för sina problem.

då och då, eller att plocka ögonbryn. Det kan ju tänkas att vissa personer är känsligare för den positiva eller negativa förstärkning som följer på beteendet. Alltså att vissa får ut mer av det än andra.

Kommer dessa patienter ens till vården med dessa problem? Eller hur ser det ut?

När jag tidigare arbetade på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning så träffade jag nog ingen med denna problematik under fyra års tid. Men å andra sidan så frågade jag inte heller specifikt om detta. Eventuellt är det så att en del patienter med annan problematik även har Trichotillomani eller Dermatillomani, men att det missas eftersom vi inom vården inte vet så mycket om det. Av de patienter med denna problematik vi har träffat här på Ängstenheten har ungefär hälften även annan psykiatrisk problematik. Patienterna kanske inte heller vet att dessa besvär är något som de kan få hjälp med inom vården, eller så skäms de för att berätta. En del vi har träffat har också tidigare fått besked att de inte kan få hjälp eftersom mottagningen inte "kan denna problematik".

Berätta lite om den behandling som du arbetat med på Ängstenheten och som du kommer att utvärdera framöver inom dina doktorandstudier?

Grunden i behandlingen är "Habit reversal training (HRT)", men med en ACT-inramning. Alltså, förutom att vi arbetar med HRT, försöker vi lära patienterna att kontroll inte är lösningen

utan en del av problemet genom olika metaforer och övningar. Patienterna har ofta försökt att mota bort impulser och hålla dem borta i många år.

Berätta mer om HRT!

Det som ingår i HRT-paketet för Trichotillomani och Dermatillomani är uppmärksamhets-träning, att patienten registrerar när hen får impulser och plockar hår eller hud. Det ingår även kartläggning av de situationer där plockandet sker. Till exempel, vilka är jag med när jag plockar? Använder jag särskilda verktyg? Genom att bli mer medveten om när man pillar/plockar så kan man också på sikt lära sig att välja att göra något annat i dessa situationer. Ofta finns det två olika typer av plockande hos patienten, både det fokuserade, där man är medveten om att man plockar. I dessa fall handlar det ofta om att plockandet ger njutning alternativt fungerar som känsloreglering, alltså kanske att dämpa en känsla av ångest. Sedan finns det även det automatiska plockandet vilket sker mer omedvetet. En patient som plockar mycket omedvetet behöver bli mer medveten om sitt plockande för att kunna göra något annorlunda. Utöver uppmärksamhets-träning och kartläggning ingår även stimuluskontroll som handlar om vad patienten kan göra för att plockandet ska bli svårare att utföra. Tanken är att det som är svårare att utföra sker mer sällan. Stimuluskontroll kan vara att ha uppsatt hår, om det gör att man plockar mindre, att man har på sig handskar eller något armband som rasslar till så att man märker att man är på väg att börja plocka. Man kan även dämpa

ljuset på toaletten så att det blir svårare att se sin hud eller sitt hår. Men, här är det lätt att stimuluskontrollen även blir en typ av undvikande. Detta behöver man vara vaksam på. Alltså, de interventioner som man tar till i detta steg (stimuluskontroll) kan vara bra att börja med för att minska tid för plockande. På sikt däremot, kan det även vara viktigt att lära sig att stå ut med sina impulser även i skarp belysning. Den sista delen i HRT-paketet är alternativa beteenden, eller inkompatibla beteenden. Det innebär att man hittar beteenden som inte är förenliga med att plocka. Så, när man känner en impuls, eller när man kommer på sig själv med att man plockar, så använder man detta alternativa beteende, till exempel att knyta händerna eller att sitta på händerna.

Och ACT-inramningen...

Det kanske allra viktigaste inslaget i behandlingen, är det som kallas att surfa på sina impulser. Helt enkelt exponering. Det innebär att man trigger impulser som man sedan låter finnas där så länge som de behagar. Vi har inte kunnat undersöka det vetenskapligt ännu, men min kliniska bild är absolut att de patienter som har greppat detta, och som tränar intensivt på att surfa på sina impulser är de som blir mest hjälpta. Förutom att vi lär patienterna om problemet med kontroll och att surfa på impulser så arbetar vi även med patientens värderade riktning. Alltså vad önskar hen att kunna göra oavsett sina impulser, jobbiga tankar eller känslor. Är man van att arbeta med ACT så känner man igen mycket i den här behandlingen.

Kan du berätta mer om surfandet?

Jag tror att det är något som vi kommer att trycka mer på i kommande behandlingar. Även hur man kan arbeta med det mer gradvis. Det vi har upptäckt är att det ofta är mycket svårare för patienten att göra denna övning hemma jämfört med här på mottagningen. Många är rädda att de ska tappa kontrollen helt om de gör den när de är ensamma. Jag tror att det är bra att man som i annan behandling tar det stegvis för att bygga upp ett självförtroende hos patienten. När man arbetar med surfandet kommer man också tillbaka till stimuluskontrollen. Till exempel, om man började med att dämpa belysningen under stimuluskontrollen, så kanske det är dags att nu gradvis höja belysningen för att tillslut klara av att stå i skarpt

ljus med sina impulser. På sikt handlar det ju om att hitta ett "normalt" beteende utifrån hur man vill att det ska se ut i ens liv.

Skiljer det sig att exponera vad gäller att stå ut med impulser jämfört med ångest?

Jag upplever att det finns vissa skillnader. Impulser varierar mer i intensitet på kort sikt än ångest. Så när vi arbetar med patienter är instruktionen att hålla igång impulserna exponeringen igenom, så om impulsen börjar bli svagare så försöker vi att öka den genom att trigga impulsen igen. Men när patienterna beskriver sina symptom vid en impulssurfning är det väldigt likt de kroppsliga symtom som ångestpatienter beskriver.

Vad har ni dragit för lärdomar av er studie här på Ångestheten?

Till skillnad från de studier som utvärderat denna manual internationellt, har vi valt att lägga surfandet redan i session sex av tio istället för session åtta av tio. Vi upplevde tidigt att det är alldeles för sent att introducera surfandet vid session åtta då vi bedömer att den är en så viktig del i behandlingen. När vi introducerade interventionen först i session åtta upplevde vi att patienterna inte hann lära sig den innan behandlingen var slut. Generellt tycker jag att exponering har använts alldeles för lite när man tittar i litteraturen. Även om tidigare studier visar ganska goda resultat för enbart HRT så upplever jag att det inte räcker till för dessa patienter.

En del patienter har till en början blivit förskräckta över att arbeta i grupp, men de allra flesta tycker sedan att gruppformatet fungerat jättebra. Det har varit viktigt att få träffa andra med liknande problematik och att lära sig att se den gemensamma funktionen av deras plockande i huden eller håret, även om det rent topografiskt kan se olika ut.

Är det något mer som du vill förmedla till BTFs medlemmar?

Jag tycker att det är utmanande men roligt att arbeta med den här patientgruppen. Det är härligt när man får till en bra behandling, men det kan också

vara svårt att få till att patienten gör exponeringar på egen hand, eftersom dessa exponeringar ofta är de tuffaste. Men jag vill ge en stor uppmuntran till att våga arbeta med den här patientgruppen. Den manual som vi utgått från är bra och jag rekommenderar att läsa den (Trichotillomania: An ACT-enhanced Behavior Therapy Approach, Therapist Guide. Woods & Twohig, 2008). Som KBT-psykolog tycker jag att man har man en bra grund för att genomföra behandlingen. Man kan behöva vara kreativ för att få till exponeringsdelen, men det är ju vi KBT:are bra på! Min upplevelse är att det inte är lika lätt att få till exponeringen som det beskrivs i manualen, och då tror jag på att även använda sina tidigare erfarenheter från exponeringsbehandling och inte endast att läsa manualen. Har man inte möjlighet att behandla dessa patienter själv, så är man varmt välkommen att skicka remiss till Ångestheten. Till hösten 2019 hoppas vi vara igång med Internetbehandling och det kan ju vara intressant även för patienter utanför Stockholmsområdet.

Av de patienter med denna problematik vi har träffat här på Ångestheten har ungefär hälften även annan psykiatrisk problematik.

WiseMind AB

Självkänsla och perfektionism

Från teori till klinisk tillämpning



En utbildningsdag i

Stockholm 4 december 2018, Ersta konferens kl 9-16

Låg självkänsla och perfektionism är transdiagnostiska tillstånd som skapar psykisk ohälsa och förekommer som ett inslag i många psykiatriska diagnoser.

Presentationen baseras på Irena Makowers bok *Självkänsla och perfektionism. Från teori till klinisk tillämpning* (Studentlitteratur, november 2018) och handlar om hur vi med hjälp av psykoterapi kan frigöra självvärdering från yttre källor för bekräftelse och minska rädsla att misslyckas och inte bli omtyckta.

Utbildningsdagen leds av Irena Makower, docent i klinisk psykologi, leg psykolog, leg psykoterapeut och författare.

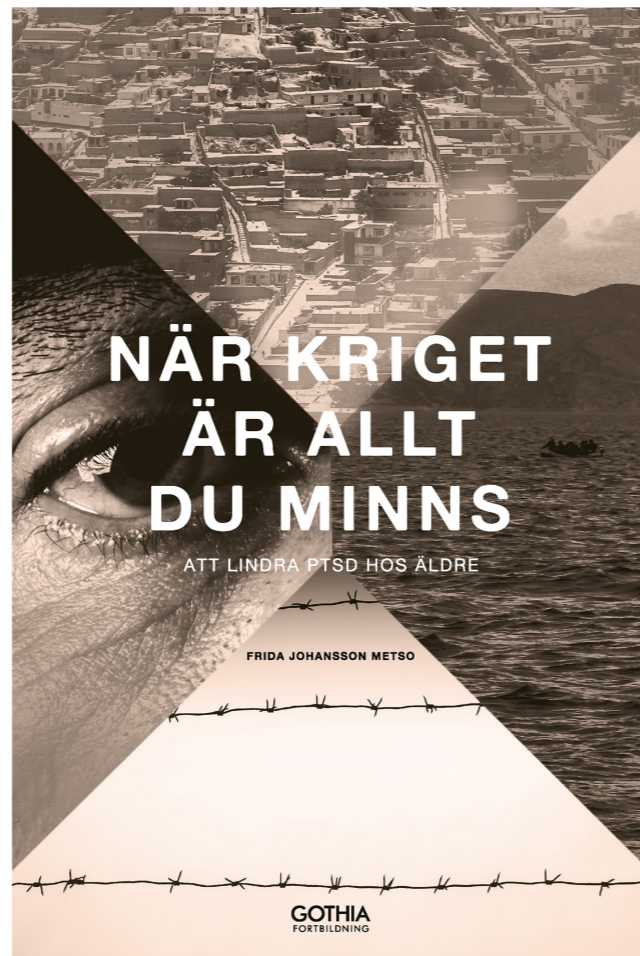
Målgrupp: Du som arbetar inom tex primärvård, skola, företagshälsovård, psykiatri och möter problematiken.

Pris: 2 600 kr + moms vilket inkluderar lunch, för och eftermiddagsfika samt Irena Makowers bok *Självkänsla och perfektionism. Från teori till klinisk tillämpning*.

Mer info och anmälan: WiseMind AB, www.wisemind.se, info@wisemind.se, 070-2652575. Sista anmälningsdag 20 november 2018

NÄR KRIGET ÄR ALLT DU MINNS Att lindra PTSD hos äldre

av Frida Johansson Metso
Förlag: Gothia Fortbildning
ISBN: 978-91-7741-057-7
Utgivningsår: 2018
Omfattning: 160 sidor



Författaren, Frida Johansson Metso, är leg psykolog och arbetar för närvarande på Transkulturellt Centrum inom Stockholms Läns Landsting. Hon har tidigare varit verksam på en specialistmottagning för torterade flyktingar i Röda Korsets regi. I "När kriget är allt du minns" beskrivs posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos äldre och den grupp som författaren fokuserar på är äldre flyktingar dvs personer som upplevt traumatiska händelser när de var yngre. De traumatiska händelserna kan ha varit en av flera anledningar till flykten, men flykten i sig kan också den ha varit traumatisk. Enligt författaren utvecklar 10 % av vuxna flyktingar PTSD.

Det som var nytt för mig är att PTSD hos den beskrivna gruppen kan ha kraftigt försenad debut med plågsamma flashbacks och för diagnosen typiska minnes- och koncentrationssvårigheter - den försenade debuten äger rum i samband med det sociala och det fysiska åldrandet. En möjlig förklaring till detta kan vara att den som lyckats fly och etablera sig i ett nytt land har haft fokus på att starta om i sitt nya hemland vilket skulle kunna ses som ett i och för sig framgångsrikt undvikande. PTSD-symtomen kan bli mer påtagliga när en person inte längre arbetar och kanske också som ett resultat av åldersrelaterad kognitiv svikt. PTSD hos äldre flyktingar kan vara svår att diagnostisera eftersom symtomen enligt författaren kan variera beroende på kulturella faktorer och eftersom symtomen kan misstas för demenssymtom och/eller depressions-symtom. Den som bedömer och behandlar äldre flyktingar med PTSD bör vidare orientera sig i olika tortyrmetoder, anledningen till det är dels för att förstå traumatriggers

dels för att hjälpa klienten få rätt behandling vid tortyrrelaterade somatiska besvär.

PTSD leder till fördubblad risk att utveckla demens och det är därför viktigt att tidigt kunna identifiera behandlingsbar psykisk ohälsa. PTSD och demens är två från varandra skilda "minnessjukdomar" med försämrat minne, koncentrationssvårigheter och försämrad förmåga till nyinlärning. Författaren påpekar att äldre personer med PTSD har något färre flashbacks men ett mer utbrett undvikande än yngre personer med diagnosen. Den ökade risken att utveckla demens är ett observandum eftersom traumaminnen är mycket resistenta mot de minnesförsluster som är typiska vid demens och till slut kan det vara så att traumaminnena är de enda som finns kvar. Detta innebär att den drabbade återupplever de historiska traumatiska händelserna om och om igen och av den anledningen lever i ständig skräck.

PTSD och PTSD vid begynnande demens hos äldre flyktingar är båda i hösta grad behandlingsbara tillstånd och det är angeläget att identifiera och behandla de personer som har behov av det utifrån den förhöjda risken att utveckla demens vid PTSD och utifrån traumaminnenas resistens. Författaren går igenom empirin vad gäller psykologisk behandling och hon nämner bl a "Narrative Exposure Therapy" (NET) som ett behandlingsalternativ. I NET "bäddas" de traumatiska händelserna in i klientens livshistoria och på så vis skiljer den sig från Prolonged Exposure (PE) enligt Foa även om exponering är en av behandlingskomponenterna även i NET.



Frida Johansson Metso

PTSD leder till fördubblad risk att utveckla demens och det är därför viktigt att tidigt kunna identifiera behandlingsbar psykisk ohälsa.

Behandlingen av äldre flyktingar med PTSD kan behöva anpassas och några råd från författaren är att ta en sak i taget och, i den mån det är möjligt, att engagera anhöriga i behandlingen. Vid samtidig PTSD och demens kan det vara svårt att avgöra när förmågan till nyinlärning är så nedsatt att en framgångsrik psykologisk behandling inte längre är möjlig att genomföra.

Det finns dock en hel del att göra för den demensdrabbade med PTSD även när psykologisk behandling inte längre är möjlig. De viktigaste insatserna är att omvårdnadspersonalen får kännedom om den drabbades bakgrund så att möjliga traumatriggers kan identifieras. På så vis kan miljön i vid bemärkelse anpassas så att så få traumatiska minnen som möjligt triggas och om plågsamma minnen ändå aktiveras bör den drabbade få hjälp att rikta om sin uppmärksamhet för att "komma ut ur" sitt minne. Hur omhändertagandet av demenssjuka personer med PTSD kan utformas illustreras med flera exempel från Judiska hemmet, ett äldreboende där bl a överlevande från Förintelsen vårdas.

"När kriget är allt du minns. Att lindra PTSD hos äldre" är både lärorik och tankeväckande – läsning rekommenderas!

Text: Anna-Clara Hellstadius

Känner du någon, eller skulle du själv vara intresserad av redaktionellt arbete?

Vi söker kreativa och vetenskapligt intresserade BTF:are till Beteendeterapeutens redaktion samt en redaktör som vill leda arbetet. Uppdraget innebär framför allt att sammanställa texter, men det kan också vara att göra intervjuer och skriva egna artiklar. Är du intresserad eller känner någon som skulle passa för uppdraget så hör av dig till Malin Angberg på:

Malin.angberg@psykologpartners.se

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av

Beteendeterapeuten är

10 november 2018

Maila ditt alster till

ahlenjohan@gmail.com



Beteendeterapeutiska föreningen
Kammakargatan 62
111 24 Stockholm
www.kbt.nu
PG: 850983-8

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 2018-04-17

Kort sammanfattning av styrelsemötet (telefonmöte) Protokoll finns tillgängligt på BTF:s hemsida.

Rapportpunkter:

En förfrågan har kommit från Natur & Kultur om en prenumeration på Beteendeterapeuten vilket bifalles av styrelsen.

Antal medlemmar i BTF är nu 599

Område Hemsida och IT:

Arbetet med förnyelse av hemsidan pågår

Område Utbildning:

En ansökan inkommen avseende grundläggande psykoterapiutbildning.

Studerandenätverket:

BTF representerades nyligen under psykologidagen i Uppsala och kommer finnas representerade under PS18 den 4-5 maj.

Årsmötesgruppen:

Kongressen besöktes av 134 registrerade deltagare. Planering inför nästa år påbörjas med arbetet att få ihop en ny årsmötesgrupp.

För styrelsen,

Malin Angberg

Styrelsen

Lise Bergman Nordgren, ordförande, Josef Neib, medlemssekreterare, Ljúfur Dagsson, kassör, Li Wolf, Lisa Clefberg, Daniel Björkander, Tomasz Kunatowski, Molly Zetterberg, Malin Angberg, Olof Molander, Amanda Simonsson, Klara Edlund, Bendik Hjelm Waaler

**Kontaktuppgifter och information om
föreningen hittar du på www.kbt.nu**

Nyhetsbrev 2018-05-19

Kort sammanfattning av styrelsemötet, hela protokollet finns tillgängligt på BTF:s hemsida

Föreningen behöver rekrytera en ny kanslist.

Arbetet med nya hemsidan fortgår.

Styrelsen ska ha kontakt med redaktionen på BT avseende att fånga upp trådar på listan.

För studerandenätverket uppdateras riktlinjerna med att förtydliga vilka arrangemang som får sponsring från budgeten.

Beslutspunkter:

Styrelsen tar beslut att pristagare vid årskongressen ska informeras om detta innan kongressen för att öka möjlighet att delta vid prisutdelningen. Nomineringsdeadline tidigareläggs med en månad.

En ansökan har inkommit från Psykologpartners gällande grundläggande psykoterapiutbildning i samarbete med BTF.

Mötet beslutar att godkänna förfrågan.

Vid ansökningar om grundläggande psykoterapiutbildningar ändras i riktlinjerna så att det tydliggörs att den sökande ansvarar för att redogöra för att de kompetenskrav som föreligger för att bedriva utbildning i samarbete med BTF är uppfyllda.

Beslut att avslå förfrågan om egenerapi istället för självkännedomskurs inom ramen för av BTF godkänd grundläggande psykoterapiutbildning.

Fortsatt arbetar styrelsen med frågan kring vilka åtgärder som behöver göras i samband med GDPR.

För styrelsen,

Malin Angberg

Nyhetsbrev 2018-06-26

Kort sammanfattning av styrelsemötet (telefonmöte), hela protokollet finns tillgängligt på BTF:s hemsida

Rapportpunkter:

- Arbete pågår med att rekrytera en ny kanslist och rekrytering beräknas vara klar i slutet av sommaren.
- Antal medlemmar: 633
- En ny version av den nya hemsidan planerad att vara klar efter sommaren för att presenteras för styrelsen.
- Rekrytering av medlemmar till årsmötesgruppen pågår.
- Natur & Kultur har tagit kontakt avseende att erbjuda medlemmarna rabatt på vissa titlar. Styrelsen ställer sig positiva till det.
- Sf KBT har bjudit in representanter från styrelsen till sitt årsmöte i Stockholm den 19-20/10.

Beslutspunkter:

- En ansökan har inkommit avseende stipendium. Styrelsen beslutar att ansökan behöver kompletteras för att beslut ska kunna fattas.
- Psykologpartners ansökan att anordna utbildning i Stockholm i samarbete med BTF vårterminen 2019 har beviljats.

För styrelsen,

Malin Angberg

Psykologpartners utbildningar 2018

Digital psykologi

Samtal och behandling på distans

Stockholm den 13 september

Internetbehandling med KBT

Stockholm den 24 september

Bli en bättre internetbehandlare

Stockholm den 25 september

Så skapar du internetbaserade stöd och utbildningsprogram

Linköping den 10 september

Göteborg den 5 oktober

Stockholm 15 oktober

Integrative Behavior Couple Therapy (IBCT)

Göteborg den 3-5 december

Stockholm den 11-13 december

Transdiagnostisk gruppbehandling - möjligheter och utmaningar

Stockholm den 7 september

Grundläggande psykoterapiutbildning

Startar **vårterminen 2019** i **Stockholm** och **Östergötland**

Se hemsida för mer information: www.psykologpartners.se/psykoterapiutbildning

Specialistutbildningar för psykologer

Klinisk beteendeanalys och dess tillämpning med barn och ungdom

Umeå den 1-3 samt 29-30 oktober och 4 december

Handledning utifrån beteendeanalys

Göteborg den 1 samt 15-16 oktober, 29-30 november samt 19 november

Utveckling av grupper och team

Stockholm den 8-9 oktober, 5-6 november, 7 december samt 11 januari

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Stockholm den 15-17 januari, 12-14 februari samt 14 mars

Vi erbjuder också regelbundet grund- och fördjupningsutbildningar i ACT för andra yrkeskategorier än psykologer. Se vår hemsida för mer information.

Detta är ett urval av kommande utbildningar. Fullständig information och kursutbud finner du alltid på vår hemsida www.psykologpartners.se/utbildningar



psykologpartners