

Beteende terapeuter

God Jul!



Tom Lynch:
DBT för överkontroll

Paul Gilbert:
Compassion
focused therapy



Michelle Craske:
"Vänta med dina
kognitiva interventioner"



Min syn på – Jonas Hallberg om hypersexuell störning
Lars-Göran Öst – Workshop om KBT:s framtid i Sverige
Self-practice/Self-reflection – att bli en bättre KBT-terapeut

Beteende terapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

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

Styrelsen

Linda Jüris, ordförande
linda.juris@kbt-centrum.se
Henrik Engelman, medlemssekreterare
bif.medlemssekreterare@gmail.com

Ljufur Dagsson, kassör
ljufurdagsson@hotmail.com

Övriga ledamöter

Gösta Liljeholm
gosta.liljeholm@gmail.com
Monica Buhrman
Monica.Buhrman@psyk.uu.se
Andreas Karlsson
andreas.karlsson@mim.se
Alexandra Arnberg
alexandra.arnberg@momentpsykologi.se
Maria Gustavsson
mariagustafsson81@gmail.com
Li Wolf
li.wolf@neurokbtgbg.se
Margareta Bylund-Andersson
margareta.bylund-andersson@sll.se
Diana Fabian
diana.fabian@kbtvast.se
Magnus Johansson
pgm.johansson@gmail.com
Anna Wretman (studeranderepresentant)
annawretman@gmail.com

Redaktionellt

Vår förening fortsätter att hålla den vetenskapliga fanan högt. Under hösten har BTF och professor emeritus Lars-Göran Öst arrangerat workshops med titeln "Vikten av evidensbaserad psykoterapi – hur ska vi säkra KBT:s framtid i Sverige?" på fyra orter i landet. Dessa workshops, som riktat sig till föreningens medlemmar, har varit välbesökta och uppskattade. Missa inte Li Wolfs och Björn Paxlings workshopsrapporter från Göteborg och Malmö i detta nummer!

Michaela Thomas (f d Johansson, redaktionen gratulerar till giftermålet!) fortsätter oförtrutet att rapportera från London och bidrar med ytterligare ett par nedslag från BABCP-konferensen i somras. Michaela har även deltagit i en workshop med Tom Lynch om DBT för överkontroll, och dokumenterat sina intryck från dagen i en intressant artikel.

Intressant var det också att se Michelle Craske föreläsa om *Exposure strategies: state of the art* i Aula Magna på Karolinska institutet i Solna i oktober. För er som inte hade möjlighet att närvara, alternativt vill höra föreläsningen igen, finns den tillgänglig på internet. I detta nummer sammanfattar Kristoffer NT Månsson en ny artikel av Craske et al. och klargör varför det kan vara klokt att vänta med kognitiva interventioner till efter exponering genomförs. Enjoy!

God jul och gott nytt år!

Anna Eriksson
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer

Workshop med Lars-Göran Öst.....	4
Compassion focused therapy med Paul Gilbert.....	8
Self-Practice/Self-Reflection med James Bennett Levy.....	10
DBT för överkontroll med Tom Lynch.....	12
Min syn på – Jonas Hallberg om hypersexuell störning.....	16
Aktuellt om KBT.....	18
Michelle Craske – Vänta med dina kognitiva interventioner..	20
Anteckning 12: KBT och den terapeutiska relationen – ett annat perspektiv?.....	24
Att arbeta med skalan Social Phobia Rating Scale (SPRS) – SPRS index.....	26
Krönika.....	28
Styrelsesidor.....	29

Manusstopp för nästa nummer: 10 januari 2015
Bidrag skickas till: marvette@hotmail.com
Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Michaela Thomas, Reed Hutchinson, UCLA

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB
Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare

Jul i november och oktober ...och gärna i september också!

Drygt halva mitt första ordförandeår har passerat (hoppas det blir fler) och nu börjar jag tycka att jag har viss överblick över det hela. Ni anar inte hur mycket information det finns i vårt arkiv! Så mycket viktigt arbete som medlemmar i denna förening gjort genom åren, i så många olika frågor, jag är imponerad!

Hösten i styrelsen är på det hela taget mer intensiv än våren har jag noterat, många arbetstimmar blir det så det är tur att de flesta uppgifterna är oerhört intressanta och utvecklande! Under hösten har vi haft flera möten, dels den årliga arbetshelgen som i år förlades i Göteborg, dels telefonkonferenser i augusti och i november samt ett möte i Stockholm i början av december. Mellan dessa möten arbetar vi med olika uppgifter, i olika konstellationer. De flesta uppgifter rör just nu dels kvalitetssäkring/evidensbaserad vad gäller utbildning, handledning och behandling, dels hur vi ska bli fler psykologiska behandlare inom KBT. Mycket arbete läggs på utvecklandet av vår nya hemsida som vi hoppas ska vara klar under nästa år. På tal om hemsidan, om ni är facebookanvändare händer en del på vår sida där, välkomna in!

Våra fyra workshops om evidensbaserad psykoterapi med Lars-Göran Öst har ägt rum denna höst och utvärderingarna är väldigt fina! Studentnätverket är aktiverat, i Uppsala har Sandra Bates och Anna Kåver generöst bidragit med sin tid och klokhet till studenterna på psykologprogrammet och i de andra lokala studentnätverken är arbetet i full gång. Jag vet att flera av er medlemmar tackat ja till att delta vid studentnätverkens verksamheter och vi är SÅ tacksamma för det. Planeringen för vår egen årsmöteskongress i mars i Stockholm går också raskt framåt, anmälan planeras öppna nu i dagarna, i början av december.

Jag har under hösten haft äran att representera BTF och styrelsen på sfKBTs årskongress i september. Som många av er vet ägde den rum på kryssningsfartyget Cinderella. Temat

var transdiagnostiska faktorer, och konferensen var intressant och välplanerad. Tyvärr reste jag med Cinderellas anslutningsbuss från Uppsala till hamnen tur och retur, det var obegävat av mig. Jag borde anat oråd när jag vid påstigning noterade en massa ungdomar (och även några medelålders män) med såna där hattar med ölburkar monterade på...

Under sfKBTs årsmöte noterade jag att det föreligger mest likheter och några skillnader mellan föreningarna, rimligen kan vi lära vissa saker av varandra. En intressant skillnad mellan de båda föreningarna är att stor del av sfKBTs verksamhet äger rum i dess lokala nätverk, med sina respektive styrelser. I BTF sker den mesta verksamheten i riksstyrelsen, med studerandenätverket på framfart. De flesta av våra tidigare existerande nätverk verkar i dagsläget inte vara särskilt aktiva. Jag undrar, är det här något vi bör åtgärda?

Tycker ni att vi kan vinna på att ha mer verksamhet lokalt, eller bör vi snarare gå mot att avveckla nätverken? Det här är en fråga som styrelsen inte kan avgöra utan er input. Maila gärna styrelsens nätverksansvarige, Diana Fabian, eller mig om synpunkter.

Slutligen, för mig känns det inte alls konstigt att önska God Jul fast jag skriver detta i början av november! Jag har redan slagit in de flesta julklapparna och om en liten stund blir det glögg och lussekatter här hemma. Mina kollegor tycker att detta årligen återkommande beteende är diagnostiserbart och de har diverse förslag på både diagnoser och behandlingar. Jag menar att sjukdomsinsikten i så fall är obefintlig och därmed som bekant förknippad med dålig prognos för behandling, samt är sjukdomsvinsten alldeles för stor! Dels tycker jag det är så roligt med julrelaterade aktiviteter, dels vill jag undvika julstress. Och i år hoppas jag på att jag får en bättre roll i hem och skolas luciatåg än vad jag hade förra året när jag var Rudolf.

Uppsala 11 november 2014

Linda Jüris
Ordförande
Beteendeterapeutiska föreningen



Workshop med professor emeritus Lars-Göran Öst: Vikten av evidensbaserad psykoterapi – hur ska vi säkra KBT:s framtid i Sverige?

Deltagarna bjöds på föreläsning, rollspel och gruppdiskussioner om ett högaktuellt och angeläget ämne.

Text: Li Wolf, Björn Paxling
Foto: Li Wolf, Jens Högström

Denna workshop ges i en serie om fyra av Lars-Göran Öst i samarbete med BTF runt om i landet under hösten 2014. I skrivande stund har det genomförts workshops i Göteborg och Malmö. Stockholm och Uppsala står på tur i november och december. Workshopen är kostnadsfri och bara öppen för BTF-medlemmar. Syftet med workshopen är att mobilisera och engagera medlemmarna i en av föreningens stadgeenliga och viktiga uppdrag – att verka för att sprida information om beteendeterapi och KBT.

I dagsläget får titeln för denna workshop och dess innehåll anses som högaktuellt och ytterst angeläget. Det är därför viktigt att samla så många medlemmar som möjligt kring detta tema, samt att hjälpas åt att sprida budskapet om evidensbaserad psykoterapi på arbetsplatser och i andra sammanhang. Styrelsen är mycket glada för att Lars-Göran Öst engagerar sig på ideell basis för föreningen genom att turnera runt i landet med detta viktiga budskap.

Först ut var Göteborg där workshopen genomfördes onsdagen 17

september. Workshopen hölls på Sahlgrenska Akademiens kongressanläggning, Academicum på Medicinareberget. Graciela Rovner hade bokat två fina och ändamålsenliga lokaler för oss. Workshopen var glädjande nog också fullbokad och hade således samlat 20 engagerade medlemmar. En och annan ny medlem rekryterades också inför workshopen, vilket får ses som ytterligare en positiv effekt av denna. Alla deltagare hade skickat in egna dis-

De flesta deltagarna på workshopen hade den gemensamma erfarenheten av att ha kommit i kontakt med felbehandlade patienter.

kussionsfrågor på temat för dagens workshop. Dagen inleddes med en intressant föreläsning av Lars-Göran Öst om bland annat vikten av att utvärdera evidensbasen för psykoterapi, om vilka psykoterapier som är evidensbaserade för barn, vuxna och äldre, om KBT är bättre än andra psykoterapier och om terapeutfaktorn i KBT och i andra psykoterapier.

Därefter delades deltagarna in i två grupper, där svaren på ett urval av de av deltagarna i förväg inskickade frågorna presenterades och diskuterades. Det var sannerligen ett gediget och omsorgsfullt arbete som Lars-Göran Öst hade lagt ned på att finna empiriskt

väl underbyggda svar på deltagarnas frågor. Frågor som genomlystes och diskuterades var bland andra hur man kan initiera diskussioner kring det rådande evidensbegreppet på sin arbetsplats och i andra sammanhang, hur korta behandlingsprotokoll det finns evidens för vid olika tillstånd, hur evidensläget ser ut för att ge boostersessioner samt hur evidensläget ser ut för farmakologisk behandling vs KBT vid ångestsyndrom och depression. Därtill diskuterades hur evidensläget ser ut för ACT vid emotionellt instabil personlighetsstörning, om det finns studier som visar att effekten för KBT är lika god i andra kulturer än i västvärlden och hur evidensläget ser ut vid stress- och utmattningstillstånd.

Dagen avslutades med diskussion i storgrupp och färdighetsträning kring att argumentera för vikten av evidensbaserad psykoterapi genom rollspel och modellering. Här bjöds deltagarna på ett intressant och stundtals också mycket underhållande rollspel, där styrelsens Alexandra Arnberg spelade en PDT-psykolog och Lars-Göran Öst spelade en KBT-psykolog. Rollspelet illustrerade en vanligt förekommande situation i vårt yrkesutövande, nämligen nyrekrytering på en arbetsplats. Rollspelet inbegrep dels en diskussion om hur man skulle enas kring att utforma en annons. Därtill också en diskussion om hur man utifrån sina olika perspektiv skulle kunna enas om vilken kompetens som var viktig

Oenighet var givetvis ett genomgående tema i rollspelet, vilket var givande ur inlärningshänseende men också underhållande.

på ett generellt plan och vilken typ av person man sökte för tjänsten. Diskussionen inbegrep även vilken kompetens och kunskap som kunde anses viktig utifrån arbetsplatsens behov och uppdrag, samt utifrån patienternas behov. Oenighet var givetvis ett genomgående tema i rollspelet, vilket var givande ur inlärningshänseende men också underhållande. Här bjöds deltagarna på flera goda argument som kan vara användbara i en verklig liknande situation. I ett annat rollspel som genomfördes spelade en deltagare en chef i landstinget som prioriterar annat än kompetensutveckling i KBT och implementering av KBT. Här spelade Lars-Göran Öst rollen som anställd och kliniskt verksam medarbetare och argumenterade skickligt för såväl kompetensutveckling som satsning på implementering av KBT och utvärdering av det kliniska arbetet i verksamheten.

Det uppstod flera intressanta och givande diskussioner under dagen, bland annat kring att det i Göteborgsregionen ofta är svårt för patienter att få tillgång till evidensbaserad psykoterapi, såväl inom primärvård som inom psykiatri. Främst för att tillgängligheten på behandlare med kunskap kring evidensbaserad psykoterapi tyvärr är låg. Det framkom beklagligt nog också att det i vissa fall för medlemmar som arbetar inom landstinget till och med är svårt att få möjlighet att få arbeta

med att både tillämpa och implementera evidensbaserade metoder och/eller att utvärdera sitt arbete.

De flesta deltagarna på workshopen hade den gemensamma erfarenheten av att ha kommit i kontakt med felbehandlade patienter. Det framkom också att det många gånger uppstår ganska svåra situationer för medlemmar på olika arbetsplatser i de situationer då man kommer i kontakt med felbehandlade patienter, eftersom man då kan hamna i en utsatt situation om man skulle överväga att anmäla en felbehandlad patient och därmed eventuellt också en kollega och/eller den arbetsplats man är verksam vid. Rädsla för att stöta sig med kollegor eller chefer och exempel på tillfällen då personer blivit omplacerade i liknande situationer framkom och diskuterades.

Hur BTF skulle kunna verka för att utgöra ett stöd här diskuterades också, och flera deltagare kom med kreativa förslag på hur detta skulle kunna ske. Bland annat föreslogs att det skulle



Lars-Göran Öst höll en uppskattad föreläsning om bland annat vikten av att utvärdera evidensbasen för psykoterapi, Alexandra Arnberg deltog i rollspelet och deltagarnas intryck av workshopen som helhet var mycket positivt.

kunna finnas en flik på föreningens hemsida med skriftlig information, samt passande länkar om hur man kan gå tillväga vid en eventuell anmälan om felbehandling. Det föreslogs att det skulle kunna finnas en person inom styrelsen som man som medlem kan vända sig till för rådgivning i denna typ av situationer. Ett annat alternativ som diskuterades var en eventuell expertgrupp för området, som med fördel kunde utgöras av medlemmar med expertkunskap i samarbete med en eller flera från styrelsen. Styrelsen kommer givetvis att arbeta vidare utifrån dessa diskussioner och förslag. Intentionen från styrelsen är att ta ett samlat grepp och arbeta vidare med dessa frågor när samtliga workshops är genomförda och utvärderingar av alla workshops är sammanställda.

Sammantaget var workshopen i Göteborg en mycket inspirerande, kunskapsintensiv, lärorik och rolig dag, som såväl föreläsare som medlemmar bidrog till att skapa. Utvärderingen av innehållet och upplägget av dagen var enligt preliminär sammanställning av

en enklare enkät mycket positiv. För mig (Li Wolf) var det dessutom en dag då jag kände mig extra stolt och glad över att vara förtroendevald i styrelsen för BTF!

Workshopen som gavs i Malmö den 29:e oktober hade samma upplägg som i Göteborg, med gemensam föreläsning under förmiddagen, genomgång av och diskussioner kring de svar deltagarna fått på frågor de skickat in i förväg, och sedan rollspel i helgrupp kring hur kritiska argument gällande evidensbaserad psykologisk behandling kan bemötas. Tretton hugade BTF-medlemmar deltog på workshopen tillsammans med Lars-Göran och dagens värd Björn Paxling. Bland dagens intressanta diskussioner kan nämnas förhållandet mellan evidensbaserad metod och evidensbaserad praktik, forskningsläget avseende

Sammantaget var workshopen en mycket inspirerande, kunskapsintensiv, lärorik och rolig dag.

föräldramedverkan vid psykologisk behandling av problematik hos barn och patientpreferenser och dess inverkan på behandlingsutfall. Behovet av den här typen av workshop är möjligtvis ännu större i Malmö än i övriga landet, då Region Skåne gjort avsteg från den nationella rehabiliteringsgarantin genom att stöpa om den till "Vårdval psykoterapi" och samtidigt öppna upp för att behandling ska kunna ges med psykodynamisk metod, något som annars inte sker inom rehabiliteringsgarantin. Flera av deltagarna uttryckte mot slutet av dagen att det varit intressant och nyttigt, samt mycket roligt att träffa andra BTF-medlemmar, och diskussioner fördes mellan några personer om fler tillfällen skulle bokas in framöver där diskussioner kan föras om samordning i att påverka beslutsfattare samt att bilda opinion.



WeMind Psykiatri bjuder 23/1 in till ett nytt tillfälle i workshopserien What Works For Most: "OCD - treatment of choice. Vad säger den sammanlagda forskningen?"

Forskningen på OCD-området är ständigt i stark tillväxt och att enbart ägna sig åt exponering med responsprevention, ERP, räcker inte för att få ett optimalt behandlingsresultat för alla patienter. Anledningarna till detta är bl a:

- ERP ger inte effekt på alla patienter.
- Det finns en rad interventioner man bör komplettera ERP med.
- ERP kan levereras på många olika sätt, vissa bättre än andra.

WeMind Psykiatri har därför bjudit in 3 av Sveriges ledande OCD-experter, som tillsammans kommer att ge dig tillräckligt med kunskap för att du ska kunna leverera den behandling som idag är mest up-to-date.

Susanne Bejerot - Evidensläget för kombinationsbehandlingar och medicinsk behandling vid OCD

Susanne är psykiater, leg. psykoterapeut och docent i psykiatri vid Karolinska Institutet. Susanne har publicerat flera bokkapitel om tvång och ett 50-tal vetenskapliga artiklar. Under många år arbetade hon i huvudsak med patienter med tvångssyndrom och skrev sin avhandling i ämnet. Susanne kommer att prata om:

- Optimal medicinering för OCD
- Evidensläget gällande kombinationen OCD/KBT: vad säger forskningen respektive praktiken?
- "Patienterna ser så olika ut": subgrupper inom OCD och hur bör dessa behandlas

Erik Andersson - Hur ger man optimal ERP?

Erik är leg. psykolog vid WeMind Psykiatri och medicine doktor vid Karolinska Institutet. Han har publicerat drygt 30 vetenskapliga artiklar inom ångest och tvång, och har ägnat de sista 5 åren åt att gräva ner sig i den forskning som gjorts på OCD, från 50-talet fram till idag, från djurstudier till alla stora RCT:s. Erik kommer bl a att prata om:

- Hur man kan öka effektiviteten i exponering, särskilt utifrån Crasques forskningslinje
- Fungerar kognitiva interventioner?
- När avslutar man, hur ser en färdigbehandlad patient ut?
- Hur mycket kan man backa på responspreventionen?
- Vilka är de bästa sätten att applicera responsprevention på mentala ritualer?
- Hur mycket ska man vara med som terapeut under ERP?
- Fallgropar, komplex beteendeanalys

Sandra Bates - Anhöriga och tvångsproblem: Vad vi vet och vad vi borde veta!

Sandra är leg. psykolog, leg. psykoterapeut och doktor i psykologi. Hon har arbetat kliniskt med framförallt OCD sedan 1980-talet, i behandling, utbildning och handledning. Hon har publicerat böcker på OCD-området. Sandra kommer att prata om:

- Anhörigas roll för OCD-patienter, framförallt som bortglömd och underskattad resurs i behandling.
- För- och nackdelar med att inkludera anhöriga
- Funktionella analyser av anhörigas beteende

- **Anmälan:** maila info@wemind.se och ange namn, telefonnummer, eventuellt företag och den adress som fakturan ska skickas till. Anmälan är bindande, **sista anmälningsdatum: 12/1 2015**
- **Pris:** 1990 kr inklusive moms. I priset ingår förmiddags- och eftermiddagsfika. Lunch ingår ej.
- **Tid/plats:** 23/1 2015, kl. 08.30-16.30. Lokalen är Ersta konferens, Erstagatan 1 K i Stockholm

Psykologpartners är glada att återigen bjuda in till en workshop med



Kelly Wilson

Psykologisk flexibilitet i terapeutrollen

Stockholm den 9 februari

All information hittas på
www.psykologpartners.se/utbildningar



Compassion focused therapy

– en keynote med **Paul Gilbert**

Michaela Thomas deltog på BABCP-kongressen i Birmingham i juli och bidrar med ytterligare ett par rapporter därifrån i detta nummer av Beteendeterapeuten.

Text och foto: Michaela Thomas

Paul Gilbert är härlig, jag tänker mig att han har mycket *self compassion*. Han poserade också snällt för mitt foto, något som andra ibland gör lite surmulet. Han höll en timmes keynote i slutet av BABCP-konferensen i Birmingham i juli i år. Detta blir därför bara ett smakprov kring Compassion Focused Therapy (CFT). De som är intresserade kan läsa mer i de böcker han har publicerat (och i intervjun i Beteendeterapeuten nr 4 2013, red. anm.).

Gilbert betonade att CFT har många gemensamma nämnare med KBT, men har större fokus på emotioner och evolutionära aspekter än på tankar. Grundläggande i CFT är att se att den version vi har av oss själva är bara *en* möjlig version, varför det är viktigt att titta på hur den versionen är förstälig med tanke på den kontext vi lever i. Man tittar på adaptiva beteenden och på diskrepansen mellan hjärta och hjärna - ”jag kan logiskt förstå det, men jag *känner* mig inte annorlunda”. Hur ofta hör vi inte det inom KBT, efter att vi har ställt riktigt kluriga sokratiska frågor och hoppas på att klienten har målat in sig i ett logiskt hörn? Men det känns fortfarande likadant. Så vad skapar detta magiska ”att må bättre” som alla patienter efterfrågar?

Gilbert poängterade vikten av vår inre röst, d v s hur vi låter i våra tankar, och hur ofta denna röst kan låta fientlig och aggressiv hos våra deprimerade eller ångestfyllda patienter. Han betonade hur vi kan förändras om vi får denna inre röst att låta mer medkännande och varm:

- Att ha empati och sympati för sitt eget lidande (”terapi kan vara svårt och jobbigt”).
- Fokusera uppmärksamheten på de tillfällen när man har klarat av något, istället för misslyckandena.
- Titta på vad som kan vara hjälpsamt, vilka beteenden som förbättrar situationen.
- Minska svartvitt tänkande kring situationer som känns hopplösa – vad kan jag faktiskt göra?
- Normalisera hur lidandet delas med andra.
- Vända sig till andra för hjälp (som ett tecken på styrka, inte hjälplöshet).

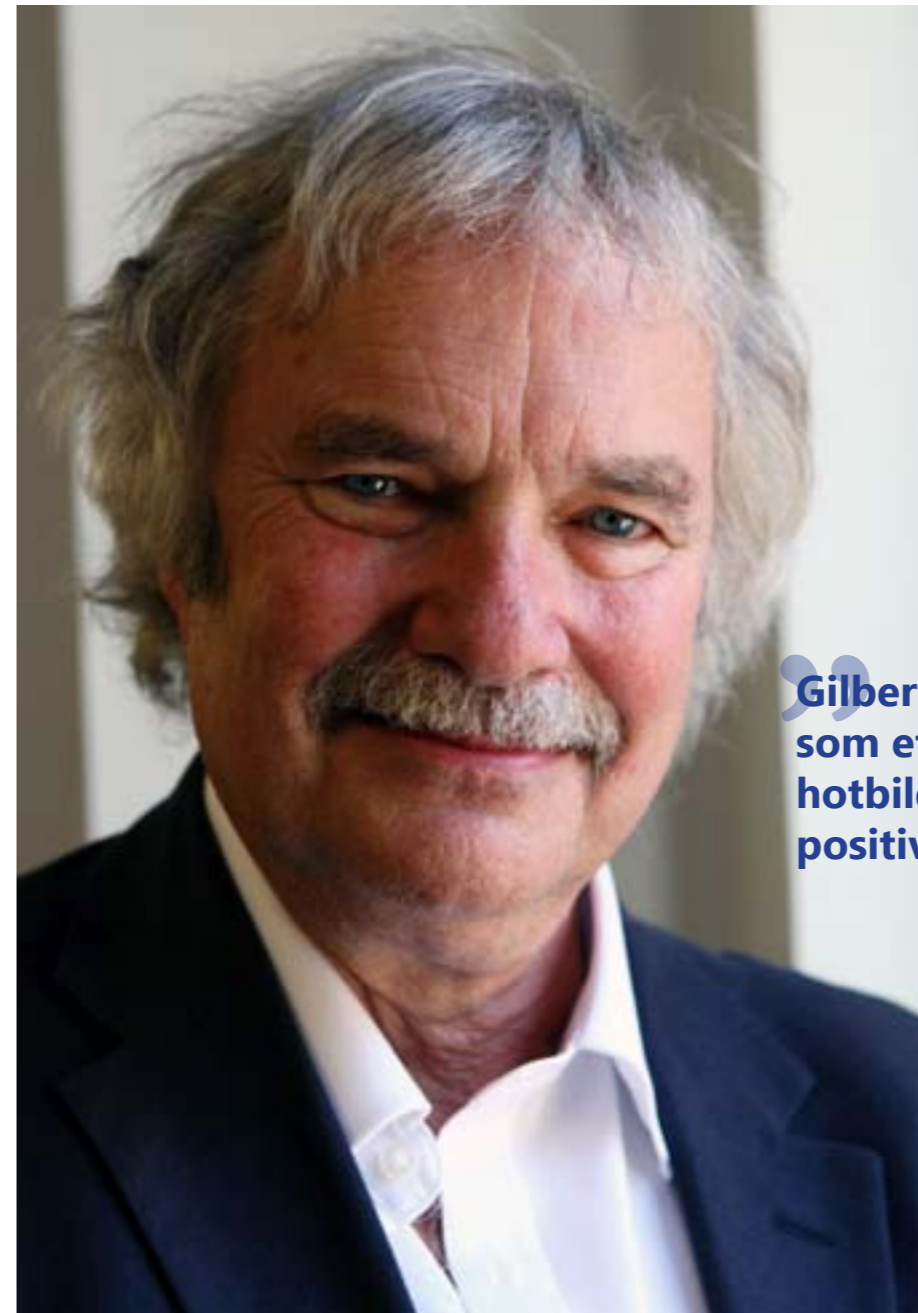
Naturligtvis finns det många patienter (och terapeuter!) som känner motstånd mot detta. Personer som pratar med sig själva på ett fientligt sätt (t ex ”gå upp ur sängen din jävla latmask, du borde göra lite förbannad yoga” - det blev inte alls lika roligt i svensk översättning). Det handlar dock inte

nödvändigtvis om innehållet eller om vi har en poäng med det vi säger - personen i exemplet kanske verkligen skulle må bättre av att stiga upp och engagera sig i fysisk aktivitet. Det handlar om tonen i hur vi talar till oss själva.

Compassion Focused Therapy är också närbesläktad med ACT och DBT, i det att det finns en öppenhet och villighet att närma sig lidande. Det handlar också om att hitta strategier för att försöka lindra lidandet och fostra välbefinnande genom att ta hand om sig själv på ett varmt och medkännande sätt. CFT bygger på teorier kring evolutionära analyser av emotioner, vilket innebär att tre typer av känsloreglering betonas:

- Fokus på hot och självbevarelse
- Fokus på att prestera och åstadkomma
- Fokus på nöjsamhet och känslor av trygghet

Gilbert beskrev vår tankevärld som ett kardborreband för hotbilder och teflon för positiva händelser. Vår hjärna är ju byggd för att uppmärksamma hot, det är en överlevnadsstrategi. Fysiologiska reaktioner på vad som uppfattas som hot är därför väldigt svåra att kontrollera,



Gilbert beskrev vår tankevärld som ett kardborreband för hotbilder och teflon för positiva händelser.

Paul Gilbert menar att CFT har många gemensamma nämnare med KBT.

de är normala och förstäliga. CFT betonar detta till patienten, för att normalisera och minska skam och skuldbeläggande. CFT lär också ut färdigheter för att öka förmågan att känna trygghet och självlindring när man känner ångest. Att känna sig trygg är inte bara en avsaknad av hot, utan också frihet att agera, att känna sig lugn och att uppmärksamma stimuli som signalerar trygghet. I CFT tittar man också på kritiska åsikter om medkänsla med sig själv, såsom att det skulle vara ett tecken på svaghet, inte vara hjälpsamt när man går igenom något tungt och att det inte finns någon poäng med medkänsla eftersom ingen någonsin har visat en medkänsla. För att titta på dessa antaganden kan man använda ”Fears

of Compassion Scale” och ”Fear of Happiness Scale”. Positiva känslor och upplevelser kan vara betingade baserat på smärtsamma upplevelser i barndomen, som lagt grunden för den inre självkritiska rösten.

Sammanfattningsvis handlar Compassion Focused Therapy om att ta ansvar för det vi har ansvar för, att låta bli att klandra oss själva för det som är bortom vår kontroll, att våga närma oss smärtsamma känslor utan skam eller försök att kontrollera dem, att bli medvetna om när vi har ett val, att titta på vad som kan göra situationen bättre, att lära oss av våra misstag och att känna medkänsla för vårt eget lidande när vi gör allt detta.

SP/SR – varför KBT-terapeuter behöver rannsaka sig själva

En terapeut kan inte veta hur patienter upplever det att genomföra beteendexperiment, om hen inte har testat själv. Därför bör terapeuten göra det, menar James Bennett Levy.

Text och foto: Michaela Thomas

James Bennett Levy höll en keynote om SP/SR (Self-Practice/Self-Reflection) under BABCP:s årskongress i Birmingham i år. Tillsammans med Richard Thwaites höll han även en kortare *skills class* i ämnet. De som deltog var alla mer erfarna behandlare, av vilka många har haft tankar kring att introducera SP/SR på sina arbetsplatser. Undertecknad inkluderad.

Bennett Levy, en mycket skojig herre med rötter i Oxfordgänget, är numera verksam i Australien. Richard Thwaites jobbar inom IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) i Cumbria (en del av norra England där man absolut inte kan förstå vad de säger, undertecknads anm.) Bennett Levy inledde sin keynote med att diskutera vikten av att lära sig färdigheter genom att använda SP/SR, för att bli en bättre terapeut. Han jämförde

dessa färdigheter med ”the icing on the cake”, då den praktiska tillämpningen av KBT-strategier på oss själva som privatpersoner innebär en integrering av det vi har lärt oss i vår utbildning och våra liv i allmänhet.

Inom SP/SR används arbetsböcker och onlineforum, vanligen

med 6-12 moduler. Arbetsböckerna har utvecklats för psykologstudenter, KBT-studenter (motsvarighet till steg 1-utbildning), ”low intensity” KBT-behandlare (de som inom IAPT jobbar med vägledad självhjälp) och erfarna KBT-terapeuter och psykologer. Varje terapeut eller student väljer ett professionellt eller personligt problem av mild till måttlig svårighetsgrad. Det behöver vara något som man är bekväm med att granska och reflektera kring i grupp, vilket innebär att mycket svåra problem inte är lämpliga. Man identifierar ett problem, konceptualiserar det och börjar närma sig det. Därefter reflekterar man över sina erfarenheter av

Han pekade på ”blinda fläckar” hos terapeuter och att vi genom SP/SR kan lära oss att se våra tillkortakommanden och förbättra dem.

att använda teknikerna, exempelvis hur det känns att gå igenom exponering eller beteendexperiment. Man gör också skriftliga reflektioner och reflektioner i grupp. Bennett Levy poängterade att man delar med sig av hur det kändes

att använda teknikerna, inte av det problem man har. Det är en gradskillnad mellan de skriftliga reflektionerna och de som delas i grupp, indelat i privata och offentliga domäner. Till exempel kan man välja olika undvikanden, uppskjutande beteende, ruminering eller åltande kring patientfrågor, lågt självförtroende kring hur

man är som terapeut, o s v. För de som är intresserade av att lära sig mer om detta (och förhoppningsvis ge sig på några beteendexperiment) kommer en bok ut i februari 2015 med titeln *Experiencing CBT From the Inside Out – A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*.

Bennett Levy talade också om intressant forskning gjord kring terapeuter; att KBT-terapeuter med trygg anknytning får bättre resultat än de med otrygg (specifikt ångestbaserad) anknytning. Föga förvånande kanske. Han nämnde också att flertalet terapeuter skattar sig själva som bättre än genomsnittet - få skattar sig som sämre än genomsnittet. Med tanke på hur genomsnitt fungerar matematiskt sett, måste ju någon vara under genomsnittet... Han pekade på ”blinda fläckar” hos terapeuter och att vi genom SP/SR kan lära oss att se våra tillkortakommanden och förbättra dem. Innan 2003 fanns det inte ett enda sökresultat på ”reflection” inom KBT-litteraturen, något som Bennett Levy och Richard Thwaites har rätt bot på.

SP/SR bygger på DPR-modellen (Declarative knowledge – Procedural skills – Reflective system). Vi kan läsa om hur något kan upplevas av patienter/klienter, men vet vi verkligen hur det känns? Inte förrän vi har provat det själva, menar Bennett Levy.

Några viktiga punkter att tänka på om SP/SR ska introduceras som program:

- Det måste matcha deltagarnas kompetensnivå och färdigheter.
- Relativt homogena grupper vad gäller erfarenhet och färdigheter är att föredra.
- Man kan välja om fokus är på ”therapist self” eller ”personal self”.
- Förse deltagarna med ytterligare utbildning och stöd för att utveckla förmågan att reflektera.
- Det är viktigt att ge en rational till varför det kan vara bra att ingå i ett SP/SR-program innan man börjar. Forskningsresultat och kvalitativa citat från tidigare deltagare kan användas.
- Var tydlig med krav på deltagarna, t ex hur mycket de måste delta, deadlines för skriftliga reflektioner, hur mycket tid det tar att genomföra varje modul.
- Locka fram alla rädslor eller tvivel kring exponering och föreslå sätt att möta dessa, t ex att komma överens om sekretess och trygghet kring att dela med sig av reflektioner.
- Gör distinktionen mellan privat och offentlig reflektion tydlig, och mellan innehåll och process.
- Om ingen i gruppen lyfter frågan ”rädsla att förlora kontrollen”, ta upp den själv.
- Se till att alla i gruppen har en trygghetsplan.
- Betona att deltagarna ska välja ett problem av mild till måttlig svårighetsgrad som inte ger dem alltför hög ångest.
- Betona styrkor och färdigheter, inte bara brister och problem.
- Belys din/er egen roll som gruppleddare, då det



James Bennett Levy höll en keynote om SP/SR

om dubbla roller (t ex att också vara någons handledare).

- Ha ett onlineforum som är användarvänligt och sätt upp tidsramar för träffarna.
- Öka aktivt deltagande genom att stötta och uppmuntra personer som reflekterar.
- Erbjud specialistutbildning för att leda den här typen av grupper (online och ansikte-mot-ansikte).
- Gruppleddarna har ett ansvar gentemot gruppdeltagarna vad gäller risk. Se till att de har ett riskprotokoll utvecklat och att de håller sig till det.
- Läs på kring evidensen för SP/SR, öva det på dig själv och ta hand om dina deltagare!



Richard Thwaites höll en kortare *skills class* tillsammans med James Bennett Levy.

Flertalet terapeuter skattar sig själva som bättre än genomsnittet – få skattar sig som sämre än genomsnittet.

Workshop med Tom Lynch: DBT för överkontroll

DBT förknippas vanligen med emotionell instabilitet och impulsivitet, men i Tom Lynchs version står överreglerade och kontrollerade personlighetsdrag i fokus. Michaela Thomas rapporterar från en inspirerande workshop.

Text och foto: Michaela Thomas

Tom Lynch, en fascinerande föreläsare med ett fantastiskt minspel, höll en workshop med titeln "Enhancing Self-Enquiry, Receptivity and Mindful Participation" i London under BABCP:s vårworkshops i april i år. Workshopens dragningskraft var att den annonserades som dialektisk beteendeterapi (DBT) för överreglerade och kontrollerade personlighetsdrag, inte underreglerade och impulsiva sådana som DBT brukar förknippas med. Tvångssyndrom, perfektionism, restriktiva ätstörningar och högfungerande autism är exempel på överkontrollerade temperament eller personlighetsdrag. Lynch hävdade att 40-60% av personer med en axel I-problematik kan ha en överkontrollerad personlighetsstörning (axel II), men 99% av forskningen på personlighetsstörning görs på borderline/emotionellt instabil (eller underkontrollerad). Samhället värderar självkontroll, alltså förmågan att inhibera starka impulser, drifter och beteenden som ger omedelbar tillfredsställelse. Självkontroll förknippas med framgång och lycka, eftersom vi kopplar ihop det med lugna och samlade människor. Men kan det bli för mycket av det goda?

Lynch pratade mycket om "radical openness" (RO), en radikal öppenhet inför nya situationer och upplevelser. Han har valt att kalla sin form av DBT för RO-DBT. För att förstå skillnaden mellan DBT och RO-DBT, kan man poängtera att mindfulness är kärnan inom DBT, medan radikal öppenhet är kärnan inom RO-DBT. Lynch beskrev

standard-DBT som yin och RO-DBT som yang.

Byggstenarna inom RO-DBT kommer framförallt från forskningsresultat i studier kring behandlingsresistent depression och anorexi – svårbehandlade problem med relativt pessimistiska resultat i studier. Det är svårt att hitta relevanta behandlingar att jämföra radikalt öppen DBT (RO-DBT) med, då de redan existerande behandlingarna på marknaden ger så dåliga resultat för dessa tillstånd. Lynch nämnde att studier visat att 70% av deltagarna som genomgått RO-DBT sänkte sina resultat på Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) till under 7 poäng. Detta tyder på remission. Studier på psykologisk behandling av kronisk depression resulterar annars i remission för endast 30%. En behandlingsmanual för RO-DBT kommer snart att publiceras.

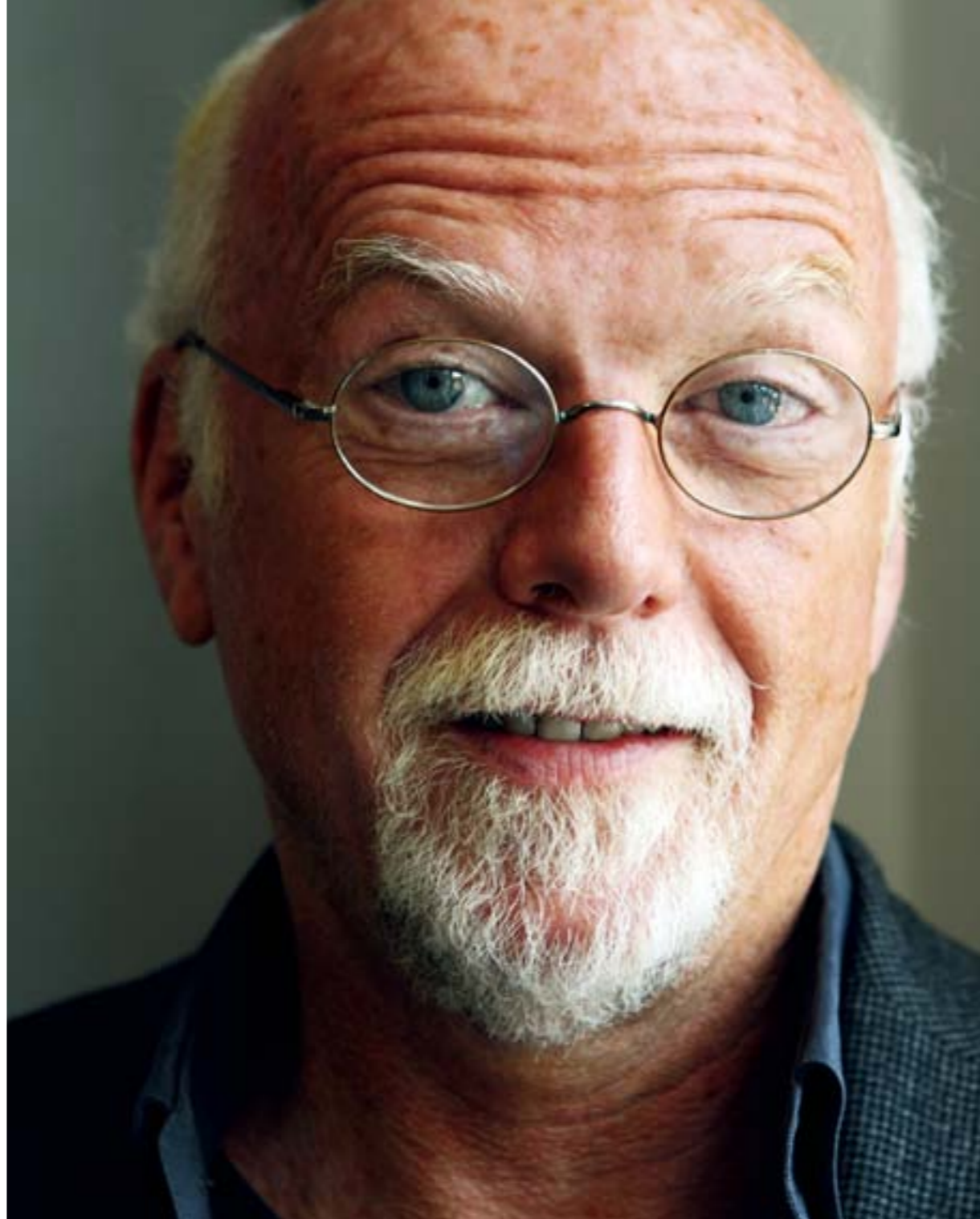
Den teoretiska bakgrunden för RO-DBT ligger inom dialektik, behaviourism och malamatisufism. Marsha Linehans DBT har mer fokus på zenbuddhism än malamatisufism, vilket handlar om att förstå vem man är snarare än vad verkligheten är. Under workshopen fokuserade Lynch också på "bio-behavioural emotion regulation", d v s psykofysiologiska aspekter av beteende och känsloreglering. Han pratade också om att titta på genotyper och fenotyper inom personlighet och perfektionism, genom att jämföra med vad som är "hälsosamt" överlag. Han delade in detta i tre områden:

- **Mottaglighet och öppenhet:** mottaglighet för nya upplevelser och att använda sig av feedback för att lära sig från nya situationer, t ex att vara öppen för ny information utan att avfärda den och ha en villighet att ha "fel". Att aktivt söka efter vår "skuggsida", saker vi inte är stolta över.

- **Flexibilitet/kontroll:** kapacitet att följa regler som hjälper en i omgivningen, men också att ha flexibiliteten att bryta mot regler som kan vara skadliga i en konstant föränderlig omgivning. Att välja i varje ögonblick som kommer upp, istället för att ha fasta schabloner.

- **Intimitet och förbindelse:** artens överlevnad bygger på en förmåga att skapa kopplingar med åtminstone en annan person än oss själva, för att vi ska kunna samarbeta i grupp.

Öppenheten handlar om mer än bara en medvetenhet om vem man är och vart man går - det handlar om en passion för att medvetet gå i motsatt riktning från där man är. Det handlar om att aktivt söka upp saker vi vill undvika, för att lära oss saker. Det handlar om att sitta med smärtsamma upplevelser utan att reglera känslorna genast i stunden. Radikal öppenhet är inte samma sak som radikal acceptans,



Tom Lynch har valt att kalla sin form av DBT för RO-DBT.

då radikal öppenhet handlar om att vi ser saker som vi är, inte som de är. Radikal acceptans handlar om att släppa taget om kampen mot verkligheten, att vända lidande som inte kan tolereras till smärta som vi kan tolerera. Radikal öppenhet utmanar vad vi kallar "verklighet" och hur vi ser den, genom att tvivla eller ifrågasätta våra inre övertygelser.

Lynch använde ett begrepp, "smuggling", genom hela workshopen. Snarare än att ställa sokratiska frågor "smugglar" terapeuten in begrepp som syftar till att ifrågasätta patientens begreppsvärld och övertygelser. Detta

grundar sig i två antaganden kring patient och terapeut i terapin:

- Både terapeut och patient har perceptuella fördomar ("confirmatory bias").
- Dessa tankefallor och bias påverkar både den terapeutiska relationen och resultatet.

Lynch menade att psykologer och psykoterapeuter har större sannolikhet att själva vara överreglerade. De kan då lätt missa överkontrollerade beteenden i terapirummet, om dessa är för lika deras egna beteenden.

RO-DBT har flera viktiga komponenter:

- **Medvetenhet/erkännande:** att känna

Självkontroll förknippas med framgång och lycka, eftersom vi kopplar ihop det med lugna och samlade människor. Men kan det bli för mycket av det goda?

igen eller vara medveten om social feedback eller stimuli som är oväntad eller inte passar med det man redan håller för sant. Finns det något jag undviker? Finns det något jag kan lära mig här? Kan jag våga visa svaghet och ödmjukhet?

- **Självrannsakan:** att titta på vanemässiga beteenden/automatiska responser och de känslomässiga impulser som kommer upp, genom att fråga sig vad det är som kommer upp istället för att vanemässigt bara göra sig av med det (försvara sig, ge upp, etc). Hjälper oss att se vilka delar av vårt liv som behöver förändras, samtidigt som vi förstår att handling eller förändring inte alltid är nödvändig eller optimal.

- **Flexibelt gensvar:** att handla flexibelt beroende på vad som krävs, att inhibera handlingsimpulsen och att acceptera att en handling kan eller inte kan begås. Det betyder inte att man måste gilla läget, men istället välja att handla eller inte handla.

- **Invalidering:** att bli validerad för den åsikt eller det beteende vi redan uppvisar kan betyda att vi "fastnar" i det läget, förhindrar att vi tar ansvar eller att vi väljer. Att därför inte validera patienten, att lösa problemet eller att lugna, utan istället hjälpa dem att vara öppna inför vad de har just sagt/ insett. Utan att använda "flooding" dock.

- **Upplevelsebaserat:** att uppleva radikal öppenhet genom direkt och upprepade övning, inte bara intellektuellt diskutera det.

Det roliga med Tom Lynch är att han ofta använder sina ansiktsdrag för att öka arousalnivån, för att släppa kontroll och överreglering. Det finns fysiologiska komponenter bakom detta, givetvis, då ansiktsmuskulatur är kopplad till mående. Han använder mycket humor (något som han i början smugglar in), eftersom överkontrollerade personer inte egentligen behöver "jobba hårdare" och vara mer seriösa i terapin. De jobbar hårt nog som det är och behöver mer lättas upp eller slappna av, vilket kan åstadkommas med humor om humorn är skickligt applicerad.

Att lita på någon kan vara att göra sig sårbar, vilket betyder att perfektionister kan vara enormt ensamma.

En annan viktig aspekt av att jobba med personer som är överkontrollerade eller perfektionister är att det kan vara svårt för dem att öppna sig och känna tillit till terapeuten. Att lita på någon kan vara att göra sig sårbar, vilket betyder att perfektionister kan vara enormt ensamma. Att medge fel kan betyda "misslyckande", vilket kan få personen att lämna behandlingen. Att säga "vi ska jobba med din perfektionism nu" sätter igång deras biologiska hotbild, deras scanning efter hot. Det är därför viktigt att terapeuten mycket när hen ställer frågor, för att signalera trygghet. Man behöver arbeta med personens "måsten", att hen måste ha svar på frågor direkt, måste göra övningarna "perfekt" och liknande. Om en person känner sig spänd i kroppen eller orolig för hur det ska gå i behandlingen, innebär detta en chans att öva radikal öppenhet - "kan det här vara relaterat till din överkontroll, att du måste ha alla svaren nu? Kan det vara okej att vi sitter med det, tillsammans, för en stund?" Det är viktigt att introducera detta tidigt i behandlingen, för att minska risken att patienten avbryter terapin i förtid. Lynch påpekade att man visst inkluderar känslereglering i RO-DBT, men att man i arbete med känslereglering för överreglerade också måste inkludera bitterhet, avund, förtrytelse och hämnd.

Som en viktig underliggande princip för RO-DBT ligger *temperament*. Lynch pratade om hur underkontrollerade barn (impulsiva, dramatiska och emotionellt expressiva) har större

sannolikhet att uppvisa utåtagerande problematik, såsom borderline personlighetsstörning, uppförandestörning, ADHD, antisocial personlighetsstörning, hetsätning, bipolär sjukdom, kriminellt beteende o s v. Överkontrollerade barn (emotionellt restriktiva, blyga, riskundvikande) har i större utsträckning inåtagerande problematik, såsom depression, anorexia nervosa, paranoid eller undvikande personlighetsstörning, autism, OCPD och generaliserat ångestsyndrom. Hur mycket temperament och biologi påverkar utvecklingen av dessa problem varierar, då autism har mer av en biologisk komponent än till

exempel generaliserat ångestsyndrom. Detta betyder förstås inte att alla blyga barn har Aspergers eller att alla impulsiva barn har ADHD. Lynch betonade att vi alla ligger på ett kontinuum när det gäller temperament. Vi är alla antingen lite mer dragna åt överkontroll eller underkontroll – ingen är precis balanserad i mitten. Lynch rekommenderade att man som terapeut, när man får frågan från en patient, berättar vilken sida man tror sig dra åt för att modellera att det är okej att ha egenheter och att man inte måste vara helt balanserad.

Lynch poängterade att 50% av personer som självskadar inte har borderline personlighetsstörning. För vissa är det inte ett impulsivt och känslobaserat beteende, utan mer planerat och överkontrollerat. Något som sker i hemlighet, eftersom det vore förödmjukande om det skedde offentligt eller om någon fick reda på det. För överkontrollerade personer är det mycket viktigt att upprätthålla en fasad av att allt är okej, vilket betyder att självskadan inte kan få leda till sjukhusbesök. De kan se ut som att de är kontrollerade i humöret, men i hemmets vrå kan de ha enorma vredesutbrott. Det är viktigt att titta på funktionen av beteendet, inte det topografiska.

Lynch delade in överkontrollerades mekanismer i tre cirklar:

• **Nature:** Starkt överkontrollerade personer har ofta en hög ångestnivå, men visar det inte. Att visa sådana sidor kan



Det är viktigt att terapeuten använder "stora signaler" då och då...

vara en svaghet som andra kan döma en för. De har också en låg känslighet för belöning, då de inte uppmärksammar positiva stimuli lika lätt som andra personer gör. De kan däremot uppmärksamma hot lättare än underkontrollerade personer. De har också hög eller måttlig inhibitionskontroll. Detta betyder tyvärr att de sällan känner sig exalterade över saker, då detta involverar nya/okända stimuli.

• **Nurture:** Miljön kan ha lärt dem, genom modellering, att misstag inte kan tolereras, att prestation värderas högt och att självkontroll är nödvändigt. Till skillnad från underkontrollerade, som eskalerar sina emotionella signaler för att något bra ska hända, inhiberar överkontrollerade sina emotionella signaler för att något bra ska hända (t ex belöning, eller undvikande av bestraffning, för att vara en duktig flicka/pojke som suttit tyst och stilla). De kan därför undvika att berätta för terapeuten hur dåligt de mår, eftersom det är ett misstag att visa detta.

• **Coping:** För att hantera situationer livet igenom maskerar överkontrollerade sina känslor, undviker risker och kan verka distanserade och kalla. Detta är beteenden som har utvecklats för att hantera vad de upplever som en hotfull omgivning och betyder inte nödvändigtvis att de inte har kapaciteten att vara spontana och varma.

Genomsnittsåldern för att söka psykologisk behandling är 40-45, eftersom det ses som bristande självkontroll att

erkänna att man har ett problem. Det är viktigt att hjälpa överkontrollerade personer att förändra sitt beteende långsamt, eftersom deras omgivning förväntar sig att de ska bete sig på ett visst sätt. Om detta beteende förändras, kan det ändra hur andra ser dem och vill interagera med dem (på gott och ont). Lynch rekommenderar att försöka förändra fysiologin först, genom t ex "loving kindness meditation". Detta handlar mindre om att vara här och nu och mer om att man försöker inducera en känsla eller ett tillstånd där personen är mer mottaglig för positiva upplevelser och bryter det "frusna" tillståndet av överkontroll. Om de känner sig lugnare kan de uttrycka mer och uppleva mer. Om de uttrycker att de inte kan känna "tillräckligt mycket" känslor i sådana övningar, utforska detta och uttryck att det är fantastiskt att de *vill* känna mer. Öva, öva, öva, men se det inte som ett problem som ska lösas. "Smuggla" in hjälp för att få dem att känna neutral värme, inte medlidande, för andra människor - både personer de älskar och personer de inte känner. Lynch poängterade att det inte är samma sak som *compassion focused therapy* (Paul Gilbert, se en annan artikel i detta nummer).

Med tanke på att överkontrollerade personer uttrycker sig emotionellt i lägre utsträckning, kan terapeuten känna att hen gör något fel när hen är emotionellt expressiv och kan därför börja överkontrollera sig själv som en spegling av patienten. Det är viktigt att terapeuten går emot denna känsla, att hen använder "stora signaler" då och då (se porträttet på Tom Lynch för en fin illustration av ett underkontrollerat ansiktsuttryck). Det hjälper patienten att se att det är okej att uttrycka sig känslomässigt med hela ansiktet och kroppen. Som ett exempel visade Lynch hur man kan lyfta ögonbrynen upp och ner för att uttrycka känslor, istället för att ha rynkade ögonbryn som i det klassiska terapeuttrycket för att visa att man bryr sig. Den sistnämnda typen av ansiktsuttryck, med rynkade ögonbryn, kan upplevas som en signal för kritik för de som har låg tröskel för hot och kritik. För underkontrollerade rekommenderade han "frozen face", med ögonbrynen i schack. Studier av personer som har botox i pannan har visat att dessa personer känner sig falska och frusna i sina känslouttryck, då de inte kan lyfta ögonbrynen upp och ner för att skicka dessa viktiga signaler, och

att andra personer upplever dem på liknande sätt. På samma vis blir överkontrollerade utfrysta från sociala sammanhang, eftersom de inte visar värme och uttryck med ansiktet. RO-DBT lär därför ut "social signalling skills", d v s hur man fysiologiskt och spegelneuronmässigt sett kan uttrycka sig till andra på ett inbjudande sätt.

Sammanfattningsvis, RO-DBT hjälper personen att bli medveten på ett ickedömande sätt om vad som pågår (tankar, känslor, beteenden och fysiologi kring att tvångsmässigt "fixa" eller kontrollera situationer). Mindfulness kan användas för att "surfa" på dessa tvångsmässiga impulser. Istället för att "ta bort" deras perfektionism (vilket indikerar att de faktiskt inte duger som de är), får de lära sig att sitta med perfektionismen utan att nödvändigtvis fixa den. Terapeuten bör modellera att ge tillstånd att vara "perfectly imperfect", att ha roligt i sessionerna och att överdriva gester och uttryck så mycket som det bara går. Detta var en helt fantastisk workshop – Tom Lynch verkar ha otroligt roligt på jobbet om inte annat.



ANNA EHNVALL
KBT KOMPETENS



www.octc.co.uk

Astrid Palm Beskow

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

Handledar- och lärarutbildning i KBT

start i Göteborg 4 maj 2015

För legitimerade psykoterapeuter med utbildning i kognitiva och beteendearter, KBT

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart, fördelad på sex studieveckor. Anmälan senast 1 mars, 2015

Läs mer på www.ehnvallkbtkompetens.se

Jonas Hallberg om hypersexuell störning

I detta nummer får vi stifta bekantskap med Jonas Hallberg och läsa om hans syn på hypersexuell störning, som i vardagligt tal brukar kallas sexmissbruk eller sexberoende.

Text: Anna Eriksson
Foto: Privat

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

Jag heter Jonas Hallberg och har jobbat som psykolog i snart sex år. Tidigare har jag arbetat med många olika saker, bl a som kock och som musiker.

Var, och med vad arbetar du just nu?

Jag är legitimerad psykolog och doktorand på Centrum för Andrologi och Sexualmedicin (CASM). Jag jobbar främst med patienter med svårigheter att kontrollera intensiteten och omfattningen av sina sexuella beteenden. Mitt forskningsarbete är inriktat på utvecklandet av kognitiv beteendeterapeutisk behandling för Hypersexuell Störning (HS).

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

Lite förenklat kan man säga att HS (föreslagen diagnos för DSM-5 se Kafka 2010, dock refuserad, se Kafka, 2014) är det som i vardagligt tal brukar kallas sexmissbruk eller sexberoende. De senare termerna är av olika anledningar inte riktigt lämpliga som benämningar på besvärshandlingen. Personer med HS har svårt att kontrollera omfattningen av sina sexuella beteenden. Detta orsakar individen lidande och inverkar negativt på fungerandet inom centrala livsområden. Sedan kan det handla om övermåttlig onani, pornografikonsumtion, sex med samtyckande vuxna, telefon-/cybersex eller

besök på sexklubbar. Så som diagnosförslaget presenterades av Kafka kan problemkomplexet betraktas som en typ av coping av negativa känslotillstånd som nedstämdhet, ångest eller stress. Vidare finns inom problembilden även en komponent av bristande impuls kontroll. Om man är intresserad av att få lite koll på störningen så rekommenderar jag Samenows översiktsartikel (2011). Den sammanfattar och beskriver störningen på ett bra sätt.

Hur (på vilket sätt) har du arbetat med personer med hypersexuell störning?

Jag arbetar med behandling av individer med hypersexuell störning och då främst inom ramen för mina forskarstudier. Då handlar det i dagsläget om KBT förmedlat i gruppformat. Vidare har jag patienter i vår ordinarie verksamhet som får individual- eller parterapi.

Hur ser du på kunskapsläget idag när det gäller hypersexuell störning anseende forskning och behandling enligt KBT?

Generellt är kunskapsläget runt störningen lågt. Det var först 2010 när Kafka presenterade sitt diagnosförslag (som kan betraktas som det första riktigt genomtänkta) som det varit möjligt att arbeta utifrån en grund som är fri från förutfattade meningar eller etiologiska antaganden. Några direkta modeller för problembilden finns inte utifrån KBT-perspektiv förutom en

artikel skriven av Nenad Paunović och mig (Paunović & Hallberg, 2014).

Hur ser din "teori" kring behandlingens verksamma mekanismer ut? Fångar någon modell detta bättre än någon annan? Har du någon "favoritforskare" inom området?

Än så länge har det inte gjorts några omfattande behandlingsstudier för just HS men utifrån min erfarenhet och det vi sett hittills, handlar mycket om att förmå patienten att få riktning på livet och i högre utsträckning engagera sig i meningsfulla aktiviteter. Det är ganska få som forskar på området och skulle jag nämna någon så skulle jag säga just Kafka.

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

En svårighet är att skilja ut vad som faktiskt ska betecknas som problematisk övermåttlighet avseende sex. Inte sällan händer det att det kommer patienter till vår mottagning som upplever sig vara "sexmissbrukare" men som i själva verket bara har ertappats med otrohet eller högst måttlig pornografikonsumtion. Genom att se sig själv som "sexmissbrukare" har individer en tendens att betrakta sig som "sjuka" och därmed fria från ansvar. Man får helt enkelt lite av en ursäkt för sitt omoraliska beteende.

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

”Inte sällan händer det att det kommer patienter till vår mottagning som upplever sig vara "sexmissbrukare" men som i själva verket bara har ertappats med otrohet eller högst måttlig pornografikonsumtion.

Generellt brukar personer med HS ha en låg aktivitetsgrad inom för dem centrala livsområden. Av den anledningen är beteendeaktivering en viktig del av hanteringen av besvären. När patienterna sedan ser vilken gynnsam effekt detta har på deras livssituation brukar mycket vara vunnet.

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

Framförallt upplever jag att det är viktigt att göra mer omfattande kartläggning av patientgruppen så att man får större kunskap om vilka faktorer som kan tänkas ligga bakom utvecklandet av problembilden. Idag vet man väldigt lite om det. En gedigen och beforskad modell för problembilden saknas vilket definitivt skulle underlätta vidare utvecklande av behandlingsmetoder.

Någonting mer du vill tillägga?

Den främsta anledningen till att jag tycker att missbruks-/beroendemodellen är problematisk och vanskelig att använda sig av, är att den ger upphov till en mängd antaganden om orsaken till besvären och därmed också väglleder behandling. Det finns idag inget stöd i litteraturen för vare sig klassiska "beroendefenomen" som "abstinens" eller "toleransökning". Förtjänsten med att använda termen HS är att den är teorineutral och att man därför i mindre utsträckning gör antaganden om bakomliggande orsaker.



Jonas Hallberg är doktorand på Centrum för Andrologi och Sexualmedicin (CASM).

Referenser

Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.

Kafka, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1259-1261.

Paunovic, N., & Hallberg, J. (2014). Conceptualization of Hypersexual Disorder with the Behavioral-Cognitive Inhibition Theory. *Psychology*, 5, 151-159.

Samenow, C. P. (2011). What You Should Know about Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 18, 107-113.



Verstrael, S., van der Wurff, P., & Vermetten, E. (2013). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for combat-related PTSD: A meta-analysis. *Military Behavioral Health, 1*, 68-73.

En meta-analys av EMDR som behandling för militär-relaterad PTSD

Effektiviteten av EMDR för militär-relaterad PTSD är fortfarande oklar. PTSD i militära populationer anses vara markant olik PTSD hos andra populationer p g a den utdragna och återkommande exponeringen för traumatiska händelser som inträffar vid strid. Författarna uppger att ingen meta-analys av effektiviteten av EMDR vid militär-relaterad PTSD har publicerats till dags dato. Endast artiklar med ursprungliga data, med endast militär-relaterad PTSD samt standardiserade

PTSD-specifika mätningar inkluderades i studien. Endast sju studier uppfyllde inklusionskriterierna, varav två exkluderades p g a att data fattades för att kalkylera effektstorlekar, och en p g a att den var skriven på japanska och ej översattes trots en förfrågan. Totalt erhöll 60 patienter med militär-relaterad PTSD EMDR i de fyra återstående studierna (d v s, varje studie innefattade små sampelstorlekar). På grund av det låga antalet studier och deltagare genomfördes

inga jämförelser mellan EMDR och kontrollgrupper, eller mellan EMDR och andra behandlingar. En kumulativ meta-analys genomfördes på de primära utfallsmåtten (PTSD). Analysen uppvisade en icke-signifikant effekt på de primära mätningarna av PTSD. Denna meta-analys stödjer inte effektiviteten av EMDR vid behandling av militär-relaterad PTSD.

Nenad Paunovic

Steenkamp, M.M., & Litz, B.T. (2013). Psychotherapy for military-related posttraumatic stress disorder: Review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 33*, 45-53.

En genomgång av psykoterapi för militär-relaterad PTSD

I denna artikel genomförs en genomgång av psykoterapi för militär-relaterad PTSD. Fokus för denna genomgång är individuella öppenvårdspatienter och randomiserade kontrollerade studier (RCTs). Ovanstående artikel fokuserar även på öppna kliniska undersökningar (ingen kontrollgrupp), men här extraheras endast RCTs. I dags dato har ingen studie undersökt stress inoculation training (ångestkontrollträning) vid behandling av militär-relaterad PTSD. Denna genomgång kommer kort att sammanfatta utfallet av fyra RCTs av exponeringsbehandling vid militär-relaterad PTSD, samt två studier av kognitiv bearbetningsterapi (en av dessa ingår inte i denna genomgångsartikel). I en första multi-sättes studie (genomförd vid flera kliniker) jämfördes exponering (N = 284) med här-och-nu centrerad terapi (N = 277; Schnurr et al., 2007) hos kvinnliga veteraner. Dock kan man inte dra några som helst slutsatser från denna

studie vad gäller militär-relaterad PTSD eftersom endast 6 % hade erfarenhet från stridsituationer. Majoriteten av patienterna (68 %) hade sexuellt övergrepp som sitt indextrauma (d v s som återupplevdes och var de kardinala symptomen vid PTSD). I den första RCT av exponering hos manliga veteraner (Nacasch et al., 2010) jämfördes exponering med en psykodynamiskt baserad behandling ("treatment-as-usual") hos en liten grupp israeliska patienter (N = 30) vid kronisk PTSD relaterad till antingen strid (ca 2/3) eller terrorism. Exponering, dock ej psykodynamisk terapi, ledde till en signifikant reduktion av PTSD-symptom från före behandling till 12 månaders uppföljning. De återstående två RCT prövade modifierade standardiserade exponeringsbehandlingar. Beidel et al. (2011) undersökte en kombination av exponering med en gruppterapi som fokuserade på komorbida sociala problem såsom ilska och bristande kommunikationsfärdigheter (s k trauma

management therapy = TMT) och jämförde denna kombinationsbehandling med exponering plus "treatment-as-usual". Samplet innefattade Vietnamveteraner (N= 35). Båda grupperna uppvisade signifikanta reduktioner av PTSD-symptom och förbättrat socialt samt emotionellt fungerande från före till efter behandling. Endast patienter i betingelsen exponering + TMT uppvisade ökade veckovisa sociala aktiviteter och en större andel av tiden som ägnades åt sociala aktiviteter. Strachan et al. (2012) rapporterade preliminära data från en pågående RCT i vilken två betingelser av en beteendeterapi (beteendeaktivering plus exponeringsbehandling) jämfördes. I den ena betingelsen genomfördes terapin via personliga möten (d v s ansikte-mot-ansikte), och i den andra via *home-based telehealth* (HTH). Termen HTH definieras som "användandet av telekommunikationer av en vårdare i hemmet som länkar patienter till källor utanför

hemmet för erhållandet av vårdinformation, utbildning, eller service via telefon, datorer, interaktiv television, eller en kombination av dessa". Samplet innefattade 40 veteraner från konflikterna i Afghanistan och Irak. Självrapporterade PTSD-symptom reducerades signifikant och likvärdigt i de båda grupperna. Fanns endast en RCT av kognitiv bearbetningsterapi (CPT) i vilken militär-relaterad PTSD undersöks i denna genomgångsartikel. Monson et al. (2006) jämförde CPT med en väntelistegrupp hos 60 i huvudsak manliga Vietnamveteraner. Effektstorleken var $d = 1.12$ efter behandling. Efter behandling uppfyllde ej 40 % av patienterna som erhöll CPT diagnosen för PTSD, jämfört

med endast 3 % av väntelistegruppen.

Jag har funnit en RCT till av CPT som har prövats vid militär-relaterad PTSD (Forbes et al., 2012). Detta var en effektivitetsstudie i vilken CPT jämfördes med "vanlig behandling" ("treatment-as-usual"). Den "vanliga behandlingen" utgjordes av: psykoedukation och "counselling" (14 %), icke-traumafokuserad symptomhanteringsintervention (52 %) och KBT med element av exponering (34 %). Studien innefattade 59 veteraner från olika konflikter. Den kliniskt signifikanta förbättringen i CAPS allvarlighetsgrad (CAPS = kliniskt administrerade PTSD-skalan) efter behandling var signifikant högre i CPT

än i betingelsen "vanlig behandling". Andelen patienter som erhöll mindre än 20 poäng på CAPS efter behandling var också signifikant högre vid CPT-betingelsen än i betingelsen "vanlig behandling". Andelen patienter som ej längre erhöll en PTSD-diagnos efter behandling var 37,5 % vid CPT-betingelsen vs. 13 % vid betingelsen "vanlig behandling".

Sammanfattningsvis, det finns evidens för att exponeringsbehandling och kognitiv bearbetningsterapi kan vara effektiva behandlingar för militär-relaterad PTSD, dock ej EMDR.

Nenad Paunovic

Vill du bidra till Aktuellt om KBT?

Sammanfatta en intressant vetenskaplig artikel som har relevans för kognitiv beteendeterapi, och skicka in den till: kontakt@kbterapi.se.

Nominera till föreningens priser för 2014!

Det är dags att börja fundera på vilka medlemmar som förtjänar att lyftas fram lite extra! Föreningens årliga priser delas ut på kongressmiddagen i samband med årsmötet. Nästa gång kommer denna festlighet att ta plats i Stockholm och tillsammans kan vi se till att det blir ett riktigt belöningsregn.

Beteendeterapeutiska föreningens priser delas ut i sex (6) kategorier:

1. Pedagogiska insatser i vid bemärkelse
2. Informationsspridning/marknadsföring om beteendeterapi (KBT)
3. Kliniska insatser i vid bemärkelse
4. Livstidsgärning i BTF
5. Uppsats för psykologexamen, C- eller D-nivå om beteendeterapi (KBT) i vid bemärkelse
6. Doktorsavhandling om beteendeterapi (KBT) i vid bemärkelse

För pris 1-4 kan insatsen ha gjorts under en längre tidsperiod. Så tänk tillbaka på när du hörde talas om ett riktigt bra utbildningsinitiativ, eller hade en fantastisk föreläsare. När någon gjorde ett riktigt bra jobb med att rikta uppmärksamhet mot och föra fram beteendeterapi. Om du vill lyfta fram en kliniker som du tycker förtjänar extra uppskattning för sitt arbete eller inte minst om du har ett förslag på vem som ska tilldelas nästa pris för livstidsgärning i BTF. För avhandlings- och uppsatspriserna (5 och 6) gäller att arbetet ska ha publicerats under det gångna året. Ta chansen att ge författare som examinerats under året en extra dos Sr+ för sina ansträngningar! Skriftlig nominering med motivering görs genom formulär på föreningens hemsida (www.kbt.nu) och ska vara styrelsen tillhanda senast den 31/1 2014, men börja gärna redan nu! Både nominerad och den nominerande måste vara medlemmar i BTF. Är du osäker på om den du vill nominera är medlem? Nominera ändå!

Grattis:
Kristoffer NT Månsson!

Du har vunnit boken **Social ångest**. Ta kontakt med BTF:s kanslist Justina Gudelyte som nås på btf.kansli@gmail.com för att få boken hemskickad till dig.

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av Beteendeterapeuten är

10 januari 2015

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

Vänta med dina kognitiva interventioner

Professorn och psykologen Michelle Craske föreslår i tidskriften *Behavioral Research and Therapy* att kognitiv beteendeterapi (KBT) vid ångeststörningar kan förbättras när behandlaren behärskar inlärningspsykologiska såväl som kognitiva interventioner - men bara om de utförs i rätt ordning. Craske med kollegor tar sig också an utmaningen att presentera praktiska och kliniska exempel, och mest intressant, förslag på hur vi bör praktisera och integrera den beteendeterapeutiska och kognitiva terapins traditioner i ångestbehandling. Nedan har jag för avsikt att presentera huvuddragen i Craskes engagerande artikel.

Text: Kristoffer NT Månsson
Foto: Reed Hutchinson, UCLA

Artikelsammanfattning

Craske, M. et al. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behav Res Ther* 58: 10-23.

I en tidigare artikel presenterade jag (Månsson, 2012) en översikt om forskning och diskussioner kring likheter och skillnader mellan beteendeeexperiment och exponering. I det sammanhanget spelade Michelle Craskes forskning en central roll. Man skulle kunna säga att den här artikeln är en fortsättning på det arbetet, men med en tydligare klinisk profil där praktiska implikationer förtydligats.

Craskes ansats till behandling av ångest är inlärningspsykologins bidrag med exponeringsbaserad terapi utifrån extinktionsparadigmet, d v s betingade stimuli presenteras upprepade gånger i avsaknad av den associerade aversiva konsekvensen. En central del av extinktion (läs habituering) är inhibitionsinläring. Med inhibitionsinläring menar

man att effekten av habituering inte är att rädslan suddas ut i minnet, utan att det under habitueringen lagras ett nytt sekundärt minne som lär oss att ett betingat stimuli inte längre predicerar den aversiva responsen. Det centrala är alltså inte att ångestresponsen måste försvinna. Det är istället det sekundärt lagrade inhibitoriska minnet av betingningen som avgör om interventionen kommer bli framgångsrik. Stöd för inhibitionsinlärningsperspektivet hämtar Craske med kollegor också från neurovetenskapen och experiment på hjärnans funktioner vid rädsla. I artikeln nämns också de lovande fynd från Psykologiska institutionen vid Uppsala universitet (Ågren et al., 2012) som visar på hur rädsdominensen mest effektivt påverkas under en så kallad konsolideringsfas.

En andel patienter med ångeststörningar blir inte kliniskt signifikant förbättrade av exponeringsbaserade terapier. Därför, menar Craske, bör de etablerade behandlingsmodellerna optimeras och anpassas efter vad vi idag vet mer om, nämligen inhibitionsinlärningens betydelse. Craske presenterar åtta strategier för att maximera

effekten av exponering. Jag har för avsikt att återge en av de som tydligast accentueras i artikeln: vikten av att utmana sina förväntningar [övers. expectancy violation]. Med detta betonas Craske att man ska öka diskrepansen mellan patientens förväntning inför exponeringen och det faktiska utfallet av exponeringen. Med andra ord, ju fler förväntningar som kan utmanas genom upplevelsebaserade övningar, desto större kan den inhibitoriska inlärningen bli. Craske menar att fokus bör vara på "vad patienten behöver lära sig", i kontrast mot det annars vanliga förhållningssättet "stanna i situationen till det att rädslan försvinner". Inhibitionsinläring och betydelsen att öka diskrepansen mellan förväntat utfall, och faktiskt utfall, innebär samtidigt att kognitiva interventioner inte bör praktiseras innan, eller under tiden som exponeringen pågår. Craske menar att man ska avvakta med kognitiva tekniker.

Istället, menar författarna, ska de kognitivt utvärderande inslagen i exponeringsbehandlingen tillämpas först efter det att upplevelsebaserade exponeringar genomförts. Det är först efter exponeringen som utvärderande frågor ska ställas till patienten. Utforskande frågor som låter patienten reflektera över det som innan exponeringen



Michelle Craske.

förväntades, om det finns stöd för att det införlivades, hur patienten kan vara säker på sin slutsats, och slutligen vad hen har lärt sig av övningen. Man ska alltså, enligt Craske, avvakta med kognitiva interventioner till dess att den upplevelsebaserade exponeringen är över.

Anledningen, menar Craske, är att effektiva kognitiva interventioner på kort sikt kan ha en lindrande effekt, eftersom det minskar diskrepansen mellan patientens förväntning (t ex "om jag säger att jag inte förstår, så kommer mina kollegor tycka att jag är inkompetent") och exponeringens utfall (t ex "de flesta kollegorna är ändå ganska trevliga typer, och jag har ju faktiskt hört andra säga att de inte förstår, och i de fallen så dömer ju inte jag hen som inkompetent") – med andra ord, den minskade diskrepansen får konsekvensen att inhibitionsinlärningen reduceras eller helt uteblir när exponeringen genomförts.

Utöver att utmana sina förväntningar, presenteras också sju andra strategier för att maximera effekten av exponering, t ex fördjupad extinktion, etikettering av affekter samt att reducera patientens säkerhetssignaler. Mer om dessa läser du i originalartikeln. Istället vill jag använda nedanstående utrymme till att återge en (av fem) klinisk fallrapport som författarna presenterar i artikeln. Jag väljer att nedan återge, fritt översatt, en kortare version av fallet Jürgen.

Tvångssyndrom

Jürgen är en 43-årig pappa till två barn. Jürgen sökte behandling för påträngande tankar och bilder om att fysiskt skada sin nyfödde son. Samtidigt som han var övertygad om att han aldrig skulle skada sina barn, upplevde han ett stort obehag av dessa inre bilder. Särskilt föreställde han sig att han kväver sin son medan han sover. Han sökte ofta återförsäkringar från sin hustru

De etablerade behandlingsmodellerna bör optimeras och anpassas efter vad vi idag vet mer om, nämligen inhibitionsinlärningens betydelse.

och bad henne att beskriva vilken bra pappa han var. Dessutom, när han konfronterades med dessa påträngande bilder och tankar, försökte han att föra tankarna till en bild av ett tidigare positivt möte med sina barn. Som ett resultat av tvångstankarna minskade Jürgen avsevärt på den tid han tillbringade med sina barn. Han hade dessutom slutat lägga sina barn till sömns på kvällen, och han vågade låta barnen att sova i sängen tillsammans med honom och hans fru.

Behandlingen

Session 1 avsåg att ingående presentera och diskutera associationsinläring, och hur undvikande kan störa nytt lärande genom att förhindra att ens förväntningar utmanas. Under sessionen betonade behandlaren att terapin initialt skulle aktivera höga förväntningar för negativa utfall (påträngande bilder kommer att ge obehag), men att detta skulle ge förutsättningar för maximerad inläring i en exponeringsterapi. Terapeuten betonade vidare att rädslan på sikt skulle minska till följd av behandlingen, men att den underliggande mekanismen för eventuell minskning av ångest skulle vara om det förväntade negativa utfallet kunde utmanas. Jürgen fann frasen "testa det" särskilt användbart för att minnas logiken

bakom inhibitionsinlärningsmodellen av exponering.

Session 2 till 5 fokuserade på in vivo-exponering. Inledande exponeringar bestod av att Jürgen tillbringade tid ensam med sina barn, särskilt med sin nyfödda son. Dessa situationer valdes ut eftersom Jürgen ansåg dem vara "måttligt svåra" enligt ångesthierarkin. Craske menar att man ska börja med medelsvåra exponeringar, då de ökar sannolikheten för framgång i behandling. Men man behöver inte nödvändigtvis gå vidare i en hierarki linjärt (man ska alltså variera svårighetsgraderna mellan exponeringstillfällena). Svårare exponeringar, till exempel att placera sin hand på sin sons nacke när han sov, var avklarade redan i början av behandlingen. Fördjupade exponeringar genomfördes genom att Jürgen fick läsa nyheter om föräldrar som skadat sina barn, och därefter skulle han leka med sin son. Jürgen jobbade med alla dessa exponeringar ensam, eftersom närvaron av hans hustru fungerade som en säkerhetssignal, vilket minskade Jürgens förväntning om att han skulle skada sina barn.

Vid en första anblick liknar dessa exponeringar traditionella exponeringsbehandlingar, men flera skillnader är viktigt att notera. Först, innan varje exponering, skulle Jürgen beskriva sitt förväntade negativa utfall. Till exempel var Jürgen 80% säker på att han skulle försöka kväva sin son om han placerade sin hand på sonens nacke i 10 minuter när han sov. Utifrån detta kunde exponeringens varaktighet bestämmas till minst 10 minuter då Jürgen var övertygad om att kortare exponeringar inte skulle leda till att han skadade sin son. För det andra, efter varje exponering var Jürgen och behandlaren engagerad i ett samtal kring att det fruktade inte inträffade. Detta samtal utgjorde ett försök att konsolidera nyinläringen. Öppna frågor som "vad var du rädd skulle hända till följd av exponering?", "vad hände?", "hur var det överraskande?", och "vad har du lärt dig?" användes som en del av en interaktiv diskussion efter exponeringen.

Jürgens uppdrag mellan sessionerna var att fortsätta med exponering till dess att hans förväntningar hade utmanats, eller att han hade nått de överenskomna

beteendemålen, oberoende av hans ångestnivå. Även om ångestnivån minskade mellan exponeringarna, noterade behandlaren att ångestnivån inte nödvändigtvis minskade varje gång, men varje förekomst av förhöjd förväntan av negativt utfall gav ytterligare möjligheter att förbättra den inhibitoriska inläringen. Slutligen, kognitiv omstrukturering användes inte före eller under exponering. Kognitiv omstrukturering kan minska förväntningar och därför hämma inhibitorisk nyinläring. Istället betonade Jürgens behandlare vikten av strategier som ökar negativa förväntningar för att maximera nyinläringen. Kognitiva interventioner begränsades till att användas efter exponering för att underlätta minneskonsolidering.

Läs mer i Craske et al., (2014). I artikeln finns också kliniska exempel beskrivna för t ex social ångeststörning (SAD) och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Tack till Maria Jannert, leg psykolog, leg psykoterapeut, för värdefulla synpunkter!

Denna artikel har även publicerats i Sokraten, en medlemstidning för Svenska föreningen för kognitiva och beteendeorienterade terapier (SFKBT).

Referenser

Craske, M., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behav Res Ther* 58: 10-23.

Månsson, NT., K. (2012) Att beteendeeexperimentera med exponering. *Sokratens 4 & Beteendeterapeuten* 2.

Ågren, T., Engman, J., Frick, A., Bjorkstrand, J., Larsson, E. M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2012). Disruption of reconsolidation erases a fear memory trace in the human amygdala. *Science* 337: 1550-1552.

Michelle Craske besökte Sverige

Michelle Craske höll en öppen föreläsning i Aula Medica vid Karolinska Institutet (KI) i Solna 29:e oktober. Föreläsningen anordnades av Stockholm Psychiatry Lectures och Craskes presentation inleddes av KI:s egna stjärnskott Brjánn Ljótsson. Föreläsningen var gratis och mycket välbesökt. Föreläsningen och tidigare föreläsningar (t ex av framstående forskare som Richard McNally, Carol Tamminga, Joseph LeDoux och Jon Abramowitz) av samma arrangör finns att se på:

www.youtube.com/user/PsychiatryLectures



Psykologpartners utbildningar våren 2015

Workshop med Kelly Wilson - Psykologisk flexibilitet i terapeutrollen
Stockholm den 9 februari

Klinisk beteendeanalys vid komplexa fall
Linköping den 16 april

Specialistkurs i inlärningspsykologi och beteendeanalys
Göteborg den 29-30 januari, 4-5 februari och 12-13 mars

Specialistkurs i pedagogisk beteendeanalys
Stockholm den 26 februari, 12 och 26 mars, 9 april och 23 april

Specialistkurs i Internetbehandling
Linköping den 28-29 april och 26-27 maj

Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag
Stockholm den 12 februari
Malmö den 13 februari

Föreläsningsserie: lyssna till ledande psykologer i KBT
Malmö 6 februari - Niclas Almén om stress
17 april - Marie Söderström om sömn
25 september - Anna Käver om känslolokaliserad KBT
27 november - Jonas Ramnerö om depression
5 februari 2016 - Martin Forster om ångest, oro och självkänsla hos barn
15 april 2016 - Johan Holmberg om samtal som fungerar

Transdiagnostisk gruppbehandling
Stockholm den 13 mars

Kurs i Integrative Behaviour Couples Therapy (IBCT)
Stockholm den 23-25 juni

Stresskola - en kurs i stresshantering
Malmö den 2, 9, 16 och 30 mars kl 16.30-18.00

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre delar
Del 1: Inläringsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT
Stockholm den 16, 17, 21 och 22 april

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inläring
Malmö den 3-4 mars
Stockholm den 8-9 juni

Del 3: Avancerad färdighetsträning i ACT
Stockholm den 22-23 januari och 3 februari
Malmö den 26-27 maj och 12 juni

Grundutbildningar i Motiverande samtal, MI
Linköping den 19-20 mars och 28 maj
Stockholm den 28-29 april och 17 juni

Fortsättningsutbildningar i Motiverande samtal, MI
Malmö den 5-6 maj och 16 juni

Beteendestöd i vardagen: praktisk utbildning i tillämpad beteendeanalys & positivt beteendestöd
Stockholm med start i mars. Utbildningen omfattar 2 heldagar och 5 halvdagar med handledning inkluderat

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

Psykologpartners erbjuder även plats i öppna handledningsgrupper, maila oss på utbildning@psykologpartners.se om du vill veta mer.



psykologpartners

Anteckning 12: KBT och den terapeutiska relationen – ett annat perspektiv?

Text: Alejandro Muñoz Retamal
Illustration: Michal Zachharzewski (sxc.hu)

Sedan sist har jag funderat på att fortsätta skriva där jag slutade. Jag vet inte om det är möjligt men det kan vara värt ett försök.

Sexualitet som grundläggande drift för människors beteende, eller aggressivitet? Kan terapeuten sjunga med hjälp av dessa två mikrofoner och tolka patientens beteende i harmoni med patientens förväntningar? Det är möjligt att en grupp personer hittar bra svar på den vägen men andra inte. Det finns andra beskrivningar som visar hur patienten har tyckt att frågorna var konstiga eller till och med obehagliga. ”Älskar du din far?” är kanske inte en konstig fråga när man samtalar med en patient. Men att fråga ”på vilket sätt?” kan upplevas som en konstig fråga, en obehaglig fråga, kanske lite kränkande i en vårdrelation. ”På vilket sätt ...”, det låter främmande och t o m överkligt. ”Älskar du din mor, på vilket sätt, på ett annat sätt?” ... På vilket sätt? Vad menar terapeuten? Och vad händer med patienten som mår dåligt och kommer till terapeuten med förhoppning om etablera en vårdkontakt som kan motsvara patientens förväntningar av något annat än detta ”på vilket sätt?”

Patientens och terapeutens reaktioner på varandras närvaro kan vara många, men hur kan vi ge det en KBT-inramning? Ett annat namn till och med. Ett annat namn. Bemötande? Varför inte? Det blir mycket lättare om man pratar om KBT-bemötande eller vårdande relation. Vårdrelation i stället för psykoterapeutisk relation? Varför inte? På det sättet kan man gå ett steg ifrån den heliga meningen att ”det är den psykoterapeutiska-psykodynamiska relationen som läker”. Kanske kan man

komma ett steg närmare det vi beskriver som en arbetsrelation med en tydlig agenda och utvärdering. Vad är det som hjälper och hur ser det ut i praktiken, steg för steg.

Ett alternativ: Bemötande, arbetsrelation, vårdrelation, tydlig agenda och planering samt förändring i fokus kan vara en bra början när det gäller att beskriva mötet mellan en patient och en vårdgivare som arbetar med kognitiv beteendeterapi eller psykologisk behandling.

Kanske kan man komma ett steg närmare det vi beskriver som en arbetsrelation med en tydlig agenda och utvärdering.



Välkommen till årets specialistutbildning!

ACT

i teori och praktisk tillämpning

10 heldagar i Stockholm
29-30 jan, 12-13 feb, 19-20 mars, 23-24 april & 28-29 maj

En kurs för Dig som önskar fördjupa dina kunskaper i ACT

Målsättningen med kursen är att ge fördjupade kunskaper i den teori som utgör grunden för ACT, att ge goda färdigheter i ACT-konceptualisering samt att visa på tillämpning av olika behandlingsmetoder inom ACT. Efter avslutad utbildning ska du kunna arbeta mer självständigt med ACT i ditt kliniska arbete.

Kursen är godkänd inom ramen för specialistutbildningen för psykologer. Examinationsuppgift är frivillig, men nödvändig för att kunna räkna kursen som specialistkurs.

Kursens omfattning och upplägg

Kursen omfattar tio heldagar vid fem tillfällen. Varje tillfälle består av en dag med teoretisk undervisning och en dag med praktisk workshop. Under workshopen ligger fokus på färdighetsträning där du som deltagare får tillfälle att både observera och själv öva dig i tillämpning av ACT-tekniker.

Förkunskapskrav

För att delta krävs att du deltagit i en ACT-workshop eller har motsvarande erfarenhet. Du bör också arbeta kliniskt.

Utbildare

Tobias Lundgren, *leg. psykolog, leg. psykoterapeut, fil.dr, ACT-trainer*

JoAnne Dahl, *leg. psykolog, leg. psykoterapeut, handledare, docent i klinisk psykologi, ACT-trainer*

Niklas Törneke, *leg. läkare, leg. psykoterapeut*

Thomas Parling, *leg. psykolog, fil.dr.*

Examinator:

Lennart Melin, *professor i klinisk psykologi, leg. Psykolog, leg. psykoterapeut.*

Stockholm: Startar i januari och augusti varje år.

Mer information om kursen finns på vår hemsida. Där är du också välkommen med din anmälan.

www.svenskapsykologiinstitutet.se

Kontakt: Moa Manneberg moa.manneberg@svenskapsykologiinstitutet.se

Att arbeta med skalan Social Phobia Rating Scale (SPRS) – SPRS index

Text och foto: Alejandro Muñoz Retamal

Skalan SPRS översattes 1999-04-28 av Per Carlbring för Beteendeterapeutiska Föreningens medlemmar (Social Phobia Rating Scale (SPRS) (Wells, A. 1997). Sedan dess har olika funderingar dykt upp om hur skalans svar ska räknas. Hur kan man sammanfatta alla svar? Finns det referenssiffror? Finns det normer?

Frågorna

1 Hur plågende har din sociala ångest varit den senaste veckan? (Skattas mellan 0 och 8.)

2 Hur mycket har du undvikit sociala situationer på grund av din ångest under den senaste veckan? (Skattas mellan 0 och 8.)

3 Hur självfokuserad har du känt dig vid svåra sociala situationer? (Skattas mellan 0 och 8.)

4 Sedan beskrivs 15 strategier som man kan skatta mellan 0 och 8: Placera en siffra från skalan nedan bredvid respektive strategi för att indikera hur ofta du använder den när du är socialt ångestfylld.

5 Frågan nummer fem fokuserar på tankarna: Nedan finns ett antal tankar som människor kan ha när de är socialt ångestfyllda. Ange hur mycket du tror på varje tanke när du är socialt ångestfylld genom att skriva en siffra från skalan nedan bredvid respektive tanke.

SPRS-index

I samråd med en expert på statistik kom vi fram till att det bästa sättet att lösa problemet var att höja alla poäng upp till 100 för att få en enhetlig summa på skalans resultat. Det blir på följande sätt:

- Fråga 1: skattningen multipliceras med 100.

- Fråga 2: skattningen multipliceras med 100.
- Fråga 3: skattningen multipliceras med 100.
- Fråga 4: skattningen summeras till ett resultat och multipliceras med 10.
- Fråga 5: skattningen summeras till ett resultat.
- Till slut summerar man alla resultat 1-5 och man får då en siffra för hela skalan. Det blir det slutgiltiga resultatet som man kan kalla för SPRS-index.

Titta gärna på SPRS-skalan som bifogas till den här artikeln för att se hur det blir när man gör på det här sättet. Sedan kan man följa tabellen som följer här nedan.

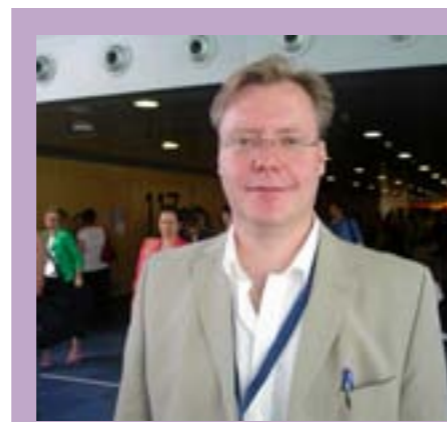
Tabell 1. SPRS: Jämförelse av SPRS-index i tre grupper:

Grupp	M	s	Median	P05	P10	P90	P95
1) Normalgrupp, 24 personer	424	476	300	0	25	924	1680
2) 30 personer med andra besvär än social ångest	1524	761	1330	526	650	2540	2930
3) 28 personer med social ångest	2459	748	2570	932	1216	3204	3617
Totalt, 82 personer	1521	1058	1485	46	160	3032	3184

Tabellen visar medelvärde (M), standardavvikelse (s), median och percentilvärde (P).

Gruppen: N=82

82 personer gav sitt godkännande till att deras svar bearbetades statistiskt för att få fram orienterande normer för SPRS och även andra skalor som t ex Liebovitz skala för ångest och undvikande i sociala situationer. Det var 28 personer med social ångest, 30 personer med andra besvär än social ångest och 24 personer som bedömdes som en normal grupp. Reliabilitetsberäkning i totalgruppen (N=82) visade att SPRS-index hade alfakoefficienten 0,86. De tre grupperna visade förväntade olikheter i medelnivå på SPRS-index.



Adrian Wells tog fram SPRS-skalan.

Värden för de tre grupperna redovisas i Tabell 1, som bland annat visar att 95% av gruppen med social ångest har högre värden än 90% av normalgruppen. Endast 10 procent av gruppen med andra besvär än social ångest har värden som överskrider medianen för gruppen med social ångest. Om man tar medelvärdet och avvikelsen kan man säga att den här gruppen kan sträcka sig mellan 2459 poäng +/- 748 poäng (d v s mellan 1711 och 3207 poäng). Ett fynd som inte framgår av tabellen är att män tenderar att få högre poäng än kvinnor.

Jag hoppas att någon kan få nytta av dessa siffror i det praktiska dagliga arbetet.

SOCIAL PHOBIA RATING SCALE (SPRS)

1. Hur plågende har din sociala ångest varit den senaste veckan?

0 Inleds 1 2 3 4 5 6 7 8 Extremt plågende varje dag

6 x 100 = 600

2. Hur mycket har du undvikit sociala situationer på grund av din ångest under den senaste veckan?

0 Inleds 1 2 3 4 5 6 7 8 Helt undvik

7 x 100 = 700

3. Hur självfokuserad har du känt dig vid svåra sociala situationer under den senaste veckan?

0 Inleds 1 2 3 4 5 6 7 8 Extremt självfokuserad

8 x 100 = 800

4. Människor hanterar sin sociala ångest på olika sätt. Placera en siffra från skalan nedan bredvid respektive strategi för att indikera hur ofta du använder den när du är socialt ångestfylld.

	0 Inleds	1 2 3 4 5 6 7 8 Helt undvik
Prata med någon	6	7
Andas lugnt	0	0
Hållt blick på golvet	4	0
Räkning sakta	0	4
Andas djupa	0	1
Kontrollera om någon tittar	7	3
Fokusera på andra saker	0	6
Undvika ögonkontakt	0	7
Prata snabbt	0	4
Fokusera på minnet	0	4

Totalt: 46 P

46 x 10 = 460

5. Nedan finns ett antal tankar som människor kan ha när de är socialt ångestfyllda. Ange hur mycket du tror på varje tanke när du är socialt ångestfylld genom att skriva en siffra från skalan nedan bredvid respektive tanke.

Tanke	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	Falsk poäng övergående till 100
Andra ser på mig	70	80
Andra talar om mig	80	40
Andra tappar kontrollen	100	50
Andra kommer inte till samma punkt	60	70
Andra publicerar och pratar om mig	60	80
Andra ser ut som om de...	100	60
De kommer inte att respektera mig	70	100

Summa poäng = 920

920 / 28 = 32,86

Summa poäng = 3480

Copyright © Adrian Wells, 1997. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, Wiley. Cognitive anxiety management in the treatment of social phobia: a self-help guide for the non-specialist. Chichester, Wiley.

Krönika

På västfronten en massa nytt

Text:
Michaela Thomas



Det är svårt att ta in att jag har varit i London i fyra år nu. Under den här tiden har jag lärt mig oerhört mycket om KBT, handledning, organisation och om människor. Jag tror inte att jag hade kommit till den nivå jag är på nu utan den här tiden inom psykologisk verksamhet i London. IAPT är och förblir en viktig modell att vidareutveckla för att bredda tillgången till psykologisk behandling, men den har också en baksida. Vi känner oss ofta uttröttade och slutkörda. Det finns inget utrymme för befordran genom hårt arbete i NHS-modellen, där vi lönesätts i band. Man går upp ett litet steg varje år, oavsett om man har jobbat bra eller inte. Jag har tendenser att jobba hårt, ibland för mycket. Det lämnar då en bitter smak om insatsen inte uppmärksammas, eller att andra kan göra 30% mindre och ändå få ut samma lön.

Billig arbetskraft, kallade min förra chef det. Trevligt.

Min flytt till Camden och Islington har betytt ett litet steg neråt, snarare än ett steg sidledes. Jag har insett att det beror på att jag nu gör det jag egentligen ska göra i min arbetsroll och att jag tidigare gjorde alldeles för mycket. Billig arbetskraft, kallade min förra chef det. Trevligt. Nu tänker jag mycket på vad jag ser som avancemang i min karriär – vill jag gå upp i ansvar på samma sätt som jag hade i Barnet? Vill jag leda mer och behandla mindre? Var går gränsen för hur mycket klinisk verksamhet man behöver bedriva för att kunna lära ut det effektivt till andra? Handledning är givande och lärorikt, vilket gör det till en uppskattad del av min yrkesroll. Problemet med Barnet var att de gav oss mellanchefsansvar för de personer som vi handledde också, vilket innebar att jag var tvungen att bevilja ledigheter, se över sjukdagar,

granska produktivitet och andra mindre uppskattade arbetsuppgifter. Det blir svårt att ha en trygg handledningsrelation med högt i tak för åsikter och öppenhet kring att begå misstag om man samtidigt blir granskad och utvärderad av samma person som handleder en. Nu tänker ni kanske att det är ju så handledning ser ut när man är PTP-psykolog eller under utbildningen. Men det känns väldigt annorlunda att behöva göra sådana saker för personer som inte längre är under utbildning. Att tjata på att de ska skriva brev till patienterna. Att de ska komma ihåg att boka in x antal patienter per vecka och samtidigt avsluta lika många behandlingar. Att alltid titta på siffror ("har deras resultat på PHQ9 och GAD7 gått ner?").

Så jag funderar på vad jag annars vill göra. Jag vill jobba med perfektionism. Kanske med Roz Shafran eller så. Jag vill utveckla gruppbehandling för låg självkänsla. Jag vill publicera en fallstudie med en japansk patient med perfektionism. Men det är svårt att hitta tid när jag är beroende av min vanliga inkomst och kanske inte direkt har tid eller råd att göra en PhD just nu. Jag fnular också lite på en idé till en bok. En liten, trevlig bok för allmänheten, baserat på några av mina erfarenheter under det senaste året. Nu vill jag inte säga mer, jag får magiska tvångstankar att jag kanske "jinxar" min idé då.

Jag tänker mycket på något som en patient med perfektionism sa till mig den här veckan: "I want to do more of what makes me happy". Så jag tänkte på en kylskåpsmagnet jag har som säger "Do More of What Makes You Happy". Underligt nog har den undulerat och en fågelholk på. Kanske är det en ledtråd, att jag ska börja med fågelskådning. Eller att mata fåglar i parken. Eller så vill jag bara hitta fler av de små lyckodropparna som annars går mig förbi när jag är upptagen med att planera livet.

Hett just nu:

- Att vara gift! Mina parterapiar får plötsligt mer tyngd med två ringar på fingret.
- Tankarna på att skriva en KBT-bok. Kanske. Kanske. Hoppas.
- Två svenska klienter – en privat och en inom NHS. Oj, så konstigt KBT-språket låter på svenska!

Kallt just nu:

- Anglifering, återigen. Underligt att byta efternamn till ett pojkenamn (Thomas).
- Allt jobb med att sätta upp privat verksamhet. Vadå SEO?
- Ingenstans att bedriva lite skoj forskning och publicera något.

Styrelse sidor

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 från styrelsen, 2014-08-31

Styrelsen hade en konferenshelg i Göteborg 30-31 augusti.

Media och opinion: WS med Lars-Göran Öst i Göteborg hade 19 deltagare och i Stockholm var det fullbookat. En medlem har kontaktat Alexandra Arnberg med frågan om styrelsen kan skriva en debattartikel eller liknande gällande psykiatriens bristande användning av evidensbaserad vård samt konsekvenserna av det. Frågan bereds.

Behandlarlistan: I sammanställning som skickats till styrelsen beskrivs hur behandlarlistan sett ut historiskt och hur den utvecklats över tid. Styrelsen diskuterade under konferenshelgen. Helgens diskussioner och aktualiserade frågor har lett fram till beslut och behov av vidare beredning

Utbildningsfrågor: Det har inkommit rapport efter genomförd grundläggande psykoterapiutbildning från KBT-centrum.

CBT: Tidskriftens redaktör har aktualiserat frågan om att öka omfånget från 4 till 6 nummer per år. Tanken är att få med fler högkvalitativa bidrag, men också att öka intäkterna, innan tidskriften får sin första Impact Factor (denna lanseras under sommaren 2016). Ökningen har godkänts av styrande publiceringskommitté med hänsyn till budgetar för produktionskostnader och abonnemangspriser för 2015. I dagsläget tankar man inte förändra några kostnader för BTF. Tanken är att öka inkomsterna från tidskriften till föreningen genom den royaltykontraktet reglerar. Ökade produktionskostnader balanseras dels genom en minskning av den tryckta upplagan (sparar på omslagskartong samt distributionskostnader) men också genom en höjning av abonnemangspriset för biblioteksabonnemang och elektronisk arkivförsäljning. Tidskriften kommer fortsätta att publiceras i pappersversion, men med olika frekvens jämfört med den digitala utgåvan. Tidskriften utkommer med 6 nummer per år i digital version, i pappersversionen slås två nummer samman för att spara på kostnaderna. Styrelsen fattade ett beslut i frågan, se nedan under Beslutspunkter.

Medlemsstatistik: 1095 individer i föreningen, varav 686 medlemmar och 409 stödmedlemmar, 94 studenter och 20 pensionärer.

Beslutspunkter:

Skapande av material till patienter

Styrelsen beslutade att tillsätta en grupp med ansvar för att sammanställa ett antal frågor att ställa till sin behandlare i syfte att öka patienters möjlighet att värdera behandling och välja vårdgivare. Detta för att öka betoningen på evidensbaserad och kvalitetssäkrad vård. Sammanställande är Andreas Karlsson.

Studerandenätverk

Styrelsen beslutar att starta upp ett studerandenätverk av studenter från olika lärosäten. Dessa representanter kan anordna workshops etc på sina respektive studieorter och har möte på årskongressen. Detta i syfte att öka antalet studentmedlemmar och sprida kunskap av KBT. Ansvarig för detta nätverk blir styrelsens studeranderepresentant Anna Wretman.

Skriva debattartikel tillsammans med medlem

Styrelsen beslutar att ge Alexandra Arnberg uppdraget att bereda frågan vidare gällande en debattartikel eller liknande angående psykiatriens bristande användning av evidensbaserad vård samt konsekvenser av detta.

Proaktiv insats för ett inkluderande och jämställt klimat på listan

Styrelsen utser Alexandra Arnberg som ansvarig för att sätta igång projektet "Uppmuntran" d v s skapa ett mer positivt klimat på listan. Bakgrund till detta är att diskussionsklimatet på föreningens mail-lista upplevs av många medlemmar som hårt och man kan anta att detta stoppar många från delaktighet och därmed missgynnar ett gott utbyte av erfarenhet och kunskap.

Beslut angående behandlarlistan

Styrelsen beslutar att ta bort avgiften för att ha sina kontaktuppgifter på behandlarlistan. Detta eftersom få medlemmar har valt att stå på behandlarlistan.

Beslut angående angivande av grundutbildning
Styrelsen beslutar att skicka ett generellt mail med information om att alla ansvarar för att komplettera sina egna uppgifter och hänvisar till medlemmarnas eget ansvar. Bakgrund till detta är att ett 30-tal verksamheter/medlemmar med psykoterapeutlegitimation som inte uppgett grundprofession.

Beslut angående ansvar för uppgifter på behandlarlistan
Styrelsen utgår från att medlemmarna själva uppdaterar sina uppgifter på behandlarlistan. Påminnelse om detta skickas årligen.

Fråga rörande utökat antal nummer av CBT
Styrelsen bifaller förslaget om att utöka antalet nummer till sex per år, för bakgrund se ovan.

Titlar ”KBT-terapeut”
Styrelsen beslutar att alltid följa de riktlinjer som finns från socialstyrelsen gällande hur vi ska titulera oss samt tillklara begrepp som KBT-terapeut. I dessa anges att grundprofession alltid ska anges. Styrelsen beslutade vidare att Linda Jüris skriver ett brev till KBT-listan angående detta och att föreningens hemsida ses över så att terminologin där är kongruent med detta beslut.

Frågor under fortsatt beredning
Flera frågor väcktes under konferenshelgen som kommer fortsätta att beredas. Styrelsen kommer fortsätta diskutera behandlarlistans syfte och funktion samt hur man kan stärka utbildningsverksamheten i föreningen (t ex ws till självkostnadspris).

För styrelsen,
Monica Buhrman

Nyhetsbrev från styrelsen, 2014-10-07

Styrelsen hade telefonmöte den 7:e oktober.

Ekonomisk rapport: Inga större förändringar av det ekonomiska läget. Styrelsehelgen blev billig (ca 27000 kr) exklusive resor (1500 kronor längre per person än föregående år). Kostnad har uppstått för WS i GBG ca 10000 kr (ekonomiskt slutresultat ännu ej klart).

Hemsida & IT: Arbetsgruppen är inte klar med underlag för beslut som medger att arbetet med ny websida kan startas idag. Gruppen har sett över frågan ytterligare och behöver mer tid. Arbetsgruppen rekommenderar en lösning med två websidor. www.kbt.se mot allmänheten. www.kbt.nu riktar sig förslagsvis mot professionella/behandlare och ffa medlemmar, där informationen är skriven med den målgruppen i åtanke, och nyheter/studier kan presenteras på ett mera professionsorienterat sätt. Det mesta av materialet är skyddat med inloggning (krypterat) för medlemmar. Ett omfattande förarbete gällande att undersöka lämpliga plattformar har gjorts, så när kravspecifikation är framtagen för medlemsregistret kan gruppen skicka ut offertförfrågningar till några konsultfirmor.

Årskongressen i Stockholm 2015: Planeringen fortlöper. Lokal bokad och en internationell föreläsare. Programmet ej klart ännu.

Media och opinion: WS med Lars Göran Öst. I Stockholm är WS fullbokad, i Uppsala finns enstaka restplatser. Alexandra följer upp frågan om hur vi tar tillvara svaren på deltagarnas frågor i en kontakt med Lars Göran.

Stipendier och priser: Hemsidan har nu uppdaterats med de senaste pristagarna.

Tidskriften CBT: Styrelsen har fått en ny kontaktperson på förlaget.

EABCT-representant (Björn Paxling via Linda Jüris): Björn har rapporterat om diskussionerna som går v g att nästa EABCT-kongress går i Jerusalem. Beslutet ligger hos Björn v g huruvida han skall åka på nästa planeringsmöte eller ej, med tanke på det oroliga läget i landet.

Behandlarlistan: Mailutskick har gjorts till KBT-listan med information om ändrade regler kring behandlarlistan och uppmaning till alla medlemmar som står på listan att se över att deras kompetenser och kontaktuppgifter är uppdaterade. Nästa steg är att skicka ett liknande utskick till mailadresser i systemet som inte är kopplade till KBT-listan. Lasse Ström har kopplats in för att uppdatera hemsidan så att det nu är möjligt att lägga in kontaktuppgifter utan kostnad. Han meddelar att det är snabbt gjort att lägga till fler kompetenser om vi vill det innan nya hemsidan är färdig.

Medlemsstatistik: 1140 individer i föreningen, varav 717 medlemmar och 423 stödmedlemmar. 92 studenter och 20 pensionärer. Henrik Engelmark har mailat till alla 20 personer i föreningen som har varit studerande + medlem och uppmanat dem att uppdatera sin profil samt meddelat dem att detta inte kommer vara möjligt fr o m nästa år.

Studerandefrågor: Studerandenätverk startat med representanter från Stockholms universitet (2 representanter), Mittuniversitetet, Uppsala universitet, Linköpings universitet (2 representanter) och Lunds universitet. Sammanlagt ingår därmed 8 personer i nätverket för tillfället. Nätverket har haft ett första telefonmöte för att komma igång. Ytterligare möte är planerat den 13:e oktober. I Uppsala hålls ett evenemang 13 oktober med rubriken ”Varför väljer man KBT och är det en ytlig metod? - Om synen på känslor, allians och frågan om djup och ytlighet”. Representanter på övriga orter har börjat planera evenemang. På första mötet framkom förslag om att hela nätverket ska träffas i Stockholm en dag i november/december för att få mer möjlighet att diskutera.

Besluts punkter:

Påverkansarbete för BTF avseende evidensbaserad psykoterapi

Styrelsen bifaller förslaget om bildandet av en arbetsgrupp bestående av Anders Wiberg samt Alexandra Arnberg och Li Wolf från styrelsen. Syftet är att arbeta mer systematiskt och strategiskt med lobbyarbete/påverkansarbete för att påverka beslutsfattare i frågor som rör tillgängligheten för evidensbaserad psykoterapi. Detta arbete ligger i linje med övrigt arbete inom media och opinion. Att arbeta mer strategiskt riktat mot beslutsfattare skulle således tillföra ytterligare en nivå som det i nuläget inte finns någon plan för, men väl ett stort behov. Anders Wiberg är positiv till att engagera sig för föreningens räkning och tillsammans med styrelsen arbeta fram övergripande plan för strategiskt lobbyarbete/påverkansarbete.

Kostnader vid livemöte för studerandenätverk

Styrelsen beslutar att ersätta för resa och lunch i samband med studerandenätverkets träff i Stockholm med en summa om ca 5000kr.

Utbildning i samverkan med BTF

Styrelsen beslutar att Psykologpartners kan annonsera att deras grundläggande utbildning i psykoterapi ges i samverkan med BTF. Ansökan med utbildningsbeskrivning har granskats och funnits uppfylla de krav BTF ställer.

Frågor under fortsatt beredning

Styrelsen fortsätter bereda frågan om föreningens priser då byråkratin bakom priserna är omständlig. Gösta föreslår en ny skrivning för årsmötet men fler personer behövs för att förbereda ett förslag. Frågan bordlades då Gösta inte närvarade vid mötet.

Synpunkter på vilka professioner som ska läggas till på behandlarlistan har lyfts av medlemmar/stödmedlemmar i föreningen. Detta behöver diskuteras vidare i styrelsen.

För styrelsen,
Monica Buhrman

Styrelsen:

Linda Jüris, ordförande
Henrik Engelmark, medlemssekreterare
Ljufur Dagsson, kassör
Gösta Liljeholm
Andreas Karlsson
Alexandra Arnberg
Li Wolf
Diana Fabian
Maria Gustavsson
Margaretha Bylund-Andersson
Magnus Johansson
Monica Buhrman
Anna Wretman (studeranderepresentant)

Mediakontakt:

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

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist:
btf.kansli@gmail.com,
samt kontaktperson KBT-listan:
btf.listadmin@gmail.com
Anders Göring, webbredaktör

Revisorer:

Rolf Olsson, Johan Wetterlöf
Revisorssuppleanter:
Håkan Wisung, Lotta Reuterskiöld
Medlemsregistrerar:
Cecilia Brant-Lundin, Piret Kams
Valberedning:
Johanna Morén, Maria Jannert
Vendela Zetterqvist
Hemsidor och IT:

Lars Ström

Handledarkommittén:

Eva Magoulas
Mehrhad Beigi
Eva Gafvelin-Ramberg
Marianne Lundahl

Nätverk:

KBT-nätverket i Norrbotten är ett regionalt nätverk med medlemmar från Norrbotten.
Beteendeterapier vid långvarig smärta är ett intressenätverk. Det är oklart om nätverket fortfarande är aktivt och vem som är ansvarig.
KBT Västerbotten är ett regionalt nätverk med medlemmar från Västerbotten.
Mitt KBT-Nätverk är ett regionalt nätverk med medlemmar från Västernorrland och Jämtland.
Nätverket för PTSD är ett intressenätverk.

Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:

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



IPT

IPT Nivå A
kursstart 26/3 2015



IPT

IPT Nivå B
med teoretisk fördjupning,
kursstart 22/1 2015



UP

Unified Protocol
Göteborg
kursstart 5/3 2015



UP

Unified Protocol
Fördjupning
kursstart: 16/1 2015

Vi arbetar med **VERKSAM PSYKOLOGI** – evidensbaserade och praktiskt användbara professionella metoder för att hjälpa människor utveckla sina relationer, sin känsloregleringsförmåga och sin psykologiska flexibilitet. Vi själva är alla kliniskt verksamma psykologer, och vi brinner för att göra psykologiska behandlingsmetoder tillgängliga för alla. Genom **VERKSAM PSYKOLOGI** förmedlar vi kunskap och konkreta verktyg till andra professionella.

Läs mer och anmäl dig på
www.verksampsykologi.com
Alla kurser är ackrediterade
som specialistkurser.

► **Verksam
Psykologi.
com**