

# Beteende terapeuten

**Philip Lindner  
om eStöd för  
beroendeproblem**



**Barnpsykologerna  
– podden som  
stadigt växer**

**ABCTs årskongress  
i Washington D.C.**



# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Johan Åhlén, redaktör och ansvarig utgivare  
[ahlenjohan@gmail.com](mailto:ahlenjohan@gmail.com)  
Erling Hansen  
[erling.hansen@gmail.com](mailto:erling.hansen@gmail.com)  
Anna Clara Hellstadius  
[hellstadius@gmail.com](mailto:hellstadius@gmail.com)

## Styrelsen

Lise Bergman Nordgren, ordförande  
[lnordgren@gmail.com](mailto:lnordgren@gmail.com)

Josef Neib, medlemssekreterare  
[btf.medlemssekreterare@gmail.com](mailto:btf.medlemssekreterare@gmail.com)

Ljúfur Dagsson, kassör

## Övriga ledamöter

Li Wolf

[li.wolf@neurokbtgbg.se](mailto:li.wolf@neurokbtgbg.se)

Lisa Clefberg

[lclefberg@gmail.com](mailto:lclefberg@gmail.com)

Daniel Björkander

[daniel.bjorkander@hotmail.com](mailto:daniel.bjorkander@hotmail.com)

Tomasz Kunatowski

[kunatowski@gmail.com](mailto:kunatowski@gmail.com)

Malin Angberg

[malin.angberg@gmail.com](mailto:malin.angberg@gmail.com)

Klara Edlund

[klara.edlund@kbt-konsulterna.se](mailto:klara.edlund@kbt-konsulterna.se)

Molly Zetterberg

[molly.zetterberg@gmail.com](mailto:molly.zetterberg@gmail.com)

Amanda Simonsson

Bendik Hjelm Waaler

[bendik.waaler@gmail.com](mailto:bendik.waaler@gmail.com)

## Redaktionellt

**H**är är det sista numret för i år av Beteendeterapeuten. Det är också det sista numret för mig som redaktör, och för resten av redaktionen. Jag vill tacka alla som har bidragit till de nummer som jag fått äran att ge ut, ett speciellt tack till redaktionen, Erling Hansen och Anna-Clara Hellstadius. Det finns så mycket kunskap och erfarenhet i föreningen, och genom vår medlemstidning skapas en möjlighet för oss medlemmar att ta del av denna. Jag hoppas att det finns någon eller några av er som vill fortsätta arbetet med Beteendeterapeuten framöver.

**I det här numret** av Beteendeterapeuten intervjuar vi Philip Lindner, som forskar och arbetar kliniskt med internetbehandling för beroendeproblematik i Stockholm. Vi får även två sammanfattningar från ABCTs årskongress, som nyligen gick av stapeln i Washington DC. Slutligen får vi höra om podcasten "Barnpsykologerna", som Lars Klintwall och Liv Svirsky gör tillsammans.

God helg och gott nytt år allesammans!

**Johan Åhlén**  
Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

Intervju med Philip Lindner.....	4
ABCTs årskongress - Sammanfattning.....	7
ABCTs årskongress - KBT i den digitala tidsåldern.....	10
Podden Barnpsykologerna.....	12
Styrelsesidor.....	14

Omslag: Foto: Karen Barefoot/Freeimages.com  
Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB  
Redigering och layout: Emma Olevik

# Ledare:

## Tack till den förening som välkomnade en beteendeterapeutkalv

**D**en här ledaren hade jag tänkt skriva i nästa nummer av Beteendeterapeuten. Men när nuvarande redaktion med detta nummer avgår och det idag inte finns någon tillträdande, så skriver jag den nu. Min avskedsledare.

**Men allra först** vill jag använda denna plats till aktuella tack. Det första tacket går just till tidningens avgående redaktion. Tack för att ni investerat er tid och er klokskap i vår tidning. All lycka till på era nya äventyr.

**Jag vill också tacka** de personer som ingår i årsmötesgruppen för deras arbete. Fredag och lördag den 15 -16 mars 2019 är planen att Stockholm står värd för BTF:s årsmöte och kringliggande kongress. Notera årsmötet i era kalendrar, på fredagen klockan 16:30. Formell kallelse kommer självfallet på annat sätt, senast tre veckor innan årsmötet, per brev eller e-post, allt i enlighet med stadgarna. Då finns de beslutsärenden som ska förekomma vid mötet med.

**Tack också** till alla styrelserepresentanter jag har fått arbeta med genom de år jag suttit i styrelsen, jag har lärt mig många saker genom er.

**Jag vet att jag redan** i tidigare ledare uttalat att jag ser styrelsearbetet som en möjlighet att betala tillbaka till den förening som välkomnade en beteendeterapeutkalv när min utbildning och omgivning ibland var oförstående för mitt val av inriktning. Det var en förening med stadgar som innehöll (och innehåller) ord som inlärningsteori, evidens och etik. Ord jag fått höra var snart sagt omöjliga att kombinera. Det var som att hitta hem.

**Jag hann med** att vara med som vanlig medlem i många år innan jag blev tillfrågad om att vara med i styrelsen, och har suttit i flera konstellationer. När jag fick frågan att kandidera som ordförande var det först efter mycket tankemöda jag tackade ja till frågan. När jag vägde det beslutet uttalade jag från början att ett ja innebar ett ja som potentiellt skulle hålla i två år, förutsatt att ni, medlemmarna, gav mig fortsatt förtroende vid årsmötet 2017. Det gjorde ni och för det är

jag stolt och tacksam. Vid årsmötet i mars nästa år har de två åren gått. Nu kommer jag att kliva ur styrelsen och lämna plats för nya individer att arbeta för att föreningen lever vidare och utvecklas.

**Styrelsearbete för en ideell förening** är inte alltid är kantat av Sr+. Det kan ta tid en inte har, ork som inte finns. Det kan ge kängor som inte behövs. Det kan också vara aldeles, aldeles underbart. Som när frågor blir noggrant beredda, framlagda och diskuterade; när det är årskongress och alla människor jag glömmer att jag saknar dyker upp; eller när en person kontaktar en och säger att BTFs arbete hjälpt till att lyfta kvalitetsfrågor på en utbildning eller i en klinisk verksamhet. Eller när individer gladeligen tackar ja till att skriva debattartiklar eller jobba ihop för en fråga eller uppgift under BTFs flagg.

Vid dessa tillfällen är det en fin känsla att få vara del av föreningens verksamhet.

**Jag har ju lite tid**, och massor av jobb, kvar som ordförande för föreningen. Och kanske hörs vi igen under annan redaktion i nästa BT, annars ses vi på årsmötet.

**Nu kommer jag att kliva ur styrelsen och lämna plats för nya individer att arbeta för att föreningen lever vidare och utvecklas.**

Lise Bergman Nordgren  
Ordförande i BTF



# Intervju med Philip Lindner, psykolog, forskare och verksamhetsutvecklare på eStöd, Stockholm Beroendecentrum

Text: Johan Åhlén

Foto: Privat

**För drygt ett år sedan disputerade Philip Lindner inom beroendefältet. Nu arbetar han halvtid som postdoktor på Stockholms universitet, och halvtid på eStöd-enheten vid Stockholm Beroendecentrum. Jag besökte honom på hans arbetsplats, eStöd, för att höra mer om internetförmedlad KBT för beroendeproblem som han arbetar med där.**

## Berätta kort om eStöd!

eStöd är en mottagning som arbetar med att utveckla, tillhandahålla och utvärdera internetbehandling för beroendeproblem. Vi är organisatoriskt en del av Maria ungdom i Stockholm. Att vi tillhör en beroendemottagning för ungdomar kan verka lite underligt eftersom vi mest arbetar med vuxna, men vi hamnade där eftersom det antogs att ungdomar skulle vara de som var mest benägna att vilja använda sig av internetbehandlingar. eStöd har funnits som en fast enhet i landstinget i ungefär två år. Man kan säga att enheten vuxit fram utifrån olika forskningsprojekt och verksamhetsutvecklingsprojekt som har sammanstrålat och gjorts permanenta. Det som är lite unikt med eStöd som landstingsenhet är att vi har två ben: Dels den patientnära delen, vilket kan liknas vid den mer bekanta Internetpsykiatri i Stockholm men med fokus på beroendeproblematik. Vi har alltså reguljära patienter som träffar läkare och får internetbehandling som en del av vårdutbudet. Liksom hos Internetpsykiatriens behandlingar följer en psykolog patienten genom behandlingen – läser upp moduler, ger feedback på inskickade uppgifter, svarar på frågor, med mera. Utöver detta patientarbete har vi även hand om det som kallas *publika tjänster*. Till exempel driver vi Alkohollinjen och nya Droglinjen, som är telefonlinjer dit personer med substansbruksproblem, anhöriga

och andra involverade kan ringa in anonymt och få stöd. Vi driver även Alkoholhjälp.se, som är ett motsvarande anonymt forum där vi för studiesyftet också erbjuder nätbaserat självhjälpsmaterial liknande det som erbjuds i patientverksamheten.

## Hur kom det sig att du hamnade på eStöd?

Jag har jobbat med internetbehandling av ångest och depression sedan 2012 i professor Per Carlbrings grupp på Stockholms universitet. Parallellt med detta arbetade jag med en avhandling om kopplingen mellan olika kliniska symptom och hjärnkonnektivitet hos tidigare Maria ungdom-patienter. Det landade till slut i att jag kombinerade mina erfarenheter från internetbehandling och beroende och började här på eStöd när det blev en fast enhet.

## Vad finns det för skillnader i att arbeta med internetterapi för beroendeproblem jämfört med ångest och depression?

Det finns vissa skillnader, men framför allt likheter. Precis som de behandlingar som finns vid Internetpsykiatri så arbetar patienten med olika moduler och har kontakt med en psykolog. Sedan är strukturen för dessa moduler lite lösare hos oss, och innehållsmässigt så är det betydligt mindre textmängd. Så sammanfattningsvis arbetar patienterna med färre moduler och mindre

text, och istället mer fokus på att hålla motivationen uppe och pröva sig fram till en hållbar beteendeförändring. Jag brukar säga att internetbehandling för psykiatriska problem har vuxit fram ur den ”svenska modellen”, medan internetbehandling för beroendeproblem vuxit fram ur en folkhälsomodell, där interventioner ofta är korta, utan behandlarstöd, och fokuserade på feedback och motivations-boost. Sedan finns det även andra skillnader. Inom beroende är det inte ovanligt med spontanremission i samband med att en patient anmäler sig till behandlingen. När de anmäler sig har ju de flesta redan bestämt sig för att de vill dra ner och en del har lyckats med det utan vår hjälp. Detta är ju jättebra ur en aspekt, men också en utmaning för oss som forskar eftersom det gör det svårt att utvärdera vilka komponenter som är mer eller mindre verksamma.

## Hur ser det ut med evidensbaserade behandlingar för beroende?

Om vi tar alkohol, vilket är det vi framför allt har arbetat med på eStöd, så finns det fler behandlingar som verkar fungera för att minska alkoholbruk, beroendesymptom och negativa konsekvenser. Detta beror nog delvis på det jag nämnde innan, att när patienten väl har tagit steget till en behandling så har hen redan tagit ett viktigt steg. I socialstyrelsens riktlinjer är motivationshöjande behandling (MET) första



Philip Lindner (th) tillsammans med kollegan Magnus Johansson (tv), socionom och doktorand, som varit drivande i att etablera eStödsenheten.

**Inom beroende är det inte ovanligt med spontanremission i samband med att en patient anmäler sig till behandlingen. När de anmäler sig har ju de flesta redan bestämt sig för att de vill dra ner och en del har lyckats med det utan vår hjälp.**

prioritet, framför allt för att den i studier har ställts mot behandlingar med längre duration och större krav på behandlarkompetens, med lika goda resultat, vilket gör höga hälsoekonomiska poäng. Även olika former av KBT och KBT-derivat, exempelvis det vi kallar återfallsprevention, är högt rekommenderade behandlingar. De behandlingar vi erbjuder på eStöd är nätversioner av KBT med tydliga inslag av motiverande samtal (MI), framför allt klassiska MI-frågor och MI-verktyg samt ett tydligt fokus på just motivation till förändring.

## Kan du säga något mer om innehållet i er behandling?

Vår nätbehandling för alkohol består i grunden av fem moduler. Modul 1 handlar om motivation, modul 2 handlar om att sätta mål, modul 3 innehåller arbete med kartläggning, modul 4 alternativa beteenden, och modul 5 om att förhindra återfall. Varje modul består

av lite läsning, samt kartläggningar och uppgifter som man ska skicka in. Behandlingen innehåller även en digital alkoholdagbok som vi uppmanar patienter att använda sig av kontinuerligt, utöver de enklare veckomätningar av konsumtion och mående vi gör i forskningssyfte. Vi brukar rekommendera att man gör klart behandlingen på 10 veckor. Även om en person redan minskat sitt alkoholbruk vid behandlingsstart, så är det ju viktigt att gå igenom alla modulerna för att förstå mer om varför alkoholdrickandet blev ett problem och hur man ska förhindra att det blir så igen.

## Som behandlare, vad tycker du är den viktigaste komponenten i behandlingen?

I den mån manualen tillåter, lägger jag som behandlare mycket vikt vid konkreta beteendestrategier. Alltså, hur man i förväg ska förut-säga, planera, och pröva alternativa

konsumtionsbeteenden och utvärdera dessa. Till exempel, vi kan föreställa oss en person som riskerar att dricka för mycket på en företagsfest. En första fråga inför festen skulle vara vad en rimlig mängd att dricka är. Tillsammans kanske vi kommer fram till att det finns en stor risk att en kontrollförlust sker efter fyra glas, så vi sätter detta som gräns. Patienten kanske sedan behöver ha konkreta förslag på vad hen ska göra efter att denna gräns är passerad eller till och med innan, som till exempel att dricka lättöl eller varannan vatten. Om det är svårt, kanske patienten får gå hem tidigare istället, och planera en ursäkt för varför hen måste gå hem. Målet är att patienten ska ha 100 % klart för sig redan innan vad hen ska göra i varje möjlig situation och hur det går ihop med sina egna mål. Jämfört med behandling av till exempel ångest, behöver jag inte lika lägga lika mycket vikt vid psykoedukation, eftersom problembeteendet och lösningen är tydliga

redan från start. Intressant är också att bara det att sätta tydliga mål i sig kan ha en stor effekt, vilket vi sällan ser i behandling av ångest och depression.

### Utvecklar ni programmen efter hand, eller har ni färdiga program som ni använder?

I nuläget har vi mer eller mindre färdiga program som vi har studerat vetenskapligt och visat sig fungera väl, vilka vi endast gör små justeringar i. Men vi är också inne i en fas där vi kommer att utöka vårt utbud av behandlingar – vi följer Internetpsykiatriens framgångsrecept och bygger ut vårdutbudet en behandling i taget. Till exempel gör vi nu en pilotstudie på behandling av cannabisbruk och nästa vår kommer vi även att starta en pilotstudie på behandling av spelberoende tillsammans med Anne Bermans forskargrupp på KI. Vi har även satt bollen i rullning för att längre fram kunna erbjuda nätbehandling för smärtpatienter som blivit beroende av analgetika.

### Hur går det för de patienter som får behandling via eStöd?

Vi behandlar ju framför allt milda till måttliga alkoholproblem, vilket epidemiologiskt sett är den absolut största gruppen. Före behandling dricker vår typiska patient omkring 25 standardglas per vecka, vilket ligger en bra bit över rekommenderat intag (max 9 för kvinnor, 14 för män). Efter behandling har den typiska patienten antingen slutat dricka helt (åtminstone kortsiktigt) eller minskat sitt

drickande till 10 glas i veckan. Det är ett bra resultat. Vi låter patienten själv sätta sitt mål och är öppna med för- och nackdelar med nykterhet respektive det vi kallar kontrollerat drickande. Kontrollerat drickande som behandlingsmål är fortfarande lite kontroversiellt inom beroendefältet, men för många människor är nykterhet faktiskt inte ett realistiskt behandlingsmål, eller ens nödvändigt. Det finns heller inte någon evidens för att total nykterhet måste vara ett mål för alla, tvärtom. Idén om total nykterhet kommer från AA-metoden som har format många behandlares och patienters syn på beroendebehandling: axiomet "Once an addict, always an addict" lever kvar och vi vet att folk

med alkoholproblem faktiskt drar sig för att söka hjälp eftersom de tror att vi kommer att kräva absolut nykterhet för all framtid och kanske skicka dem på behandlingshem. Det finns visserligen evidens för att det är svårt för patienter med svåra alkoholproblem och tydliga beroendesymptom att uppnå ett kontrollerat drickande, men i vilket fall är det viktigt att patienten själv kommer till den insikten.

### Hur skiljer det sig med motivation och följsamhet till behandling för personer med beroendeproblem, jämfört med de erfarenheter du har från ångest och depression?

Som nämnt så behandlar vi framför allt patienter med milda till måttliga alkoholproblem och dessa patienter har oftast god motivation till denna form av behandling. I denna grupp patienter är det också många som inte skulle besöka en vanlig beroendemottagning eftersom att det är kopplat till skam. För många med milda till måttliga besvär, och som klarar av jobb och sitt sociala liv, passar det kanske inte heller att avsätta en timme mitt på dagen en gång i veckan för att träffa en behandlare. Min roll som behandlare är mycket lik den jag har haft i internetbehandling av ångest och depression, och patientgrupperna har hittills också relativt lika

**Det finns heller inte någon evidens för att total nykterhet måste vara ett mål för alla, tvärtom.**

i bemärkelsen att de har ordnade liv, är resursfulla och motiverade. Nu när vi även börjat behandla unga vuxna med cannabisbruk så ser vi att det delvis är en annan patientgrupp vi möter. Många av dessa har lite kaotiska liv och deras motivation går upp och ned mer, vilket självklart är en utmaning för behandlingar som kräver stort eget ansvar. En viktig forskningsfråga framöver är därför hur vi kan bli bättre på att identifiera vilka som lämpar sig för internetbehandling och vilka som bör få annan vård på en gång.

tiska liv och deras motivation går upp och ned mer, vilket självklart är en utmaning för behandlingar som kräver stort eget ansvar. En viktig forskningsfråga framöver är därför hur vi kan bli bättre på att identifiera vilka som lämpar sig för internetbehandling och vilka som bör få annan vård på en gång.

### Vad är nästa steg för eStöd?

Vi har fått mycket positiva signaler från övriga beroendevården och ledningen. De ser att vi erbjuder något som det finns ett stort behov av och att det verkar fungera väl. En stor fördel med vården vi erbjuder är ju att den kan sättas in mer eller mindre omedelbart,

utan värdköer. Detta är särskilt viktigt inom beroende, där man ofta har ett motivationsfönster i samband med vårdsökandet. Tanken är på sikt att vi även ska ha ett tredje ben i vår verksamhet: att erbjuda digitala verktyg som övriga mottagningar inom Beroendecentrum kan erbjuda sina patienter som tillägg till ordinarie vård, exempelvis digital alkoholdagbok, enklare självhjälpsmaterial för sömnproblem och så vidare. Det verkar finnas en stor efterfrågan på detta enligt en enkätundersökning vi gjorde i våras, och vi har den tekniska infrastrukturen för att tillhandahålla och utpröva detta. Behandlarna som deltog i enkätundersökningen uppskattade att ungefär en fjärdedel av deras patienter skulle vara intresserade av att få vissa delar av behandlingen via internet, vilket skulle innebära det vi kallar *blended-treatment*.

### Slutord?

Jag tycker att det är synd att det är så få psykologer och andra behandlare som växlar mellan psykiatri och beroende. Jag tror att många psykologer har en idé om att psykologisk behandling för beroende är svårt, och en del kanske lever i föreställningen att den enda man kan erbjuda är AA, antabus eller behandlingshem. En del av detta beror nog på att vi psykologer generellt får alldeles för lite med oss från psykologutbildning när det gäller beroende och psykologisk behandling för beroende. Även om man inte jobbar på beroendemottagning lär man stöta på beroendeproblem på andra håll, inom psykiatri, utredning, primärvård, företagshälsovård, mer mera. Det är ett otroligt givande att arbeta med beroenden – stundtals utmanande, men man kan göra otroligt stor nytta.

# Sammanfattning från ABCTs årskongress 2018

Text och foto: Johan Åhlén

**The Association for Behavioral and Cognitive Therapies, ABCTs årliga kongress ägde i år rum i Washington D.C. Det var mitt första besök på en ABCT-kongress, och jag måste erkänna att jag blev lite imponerad av det stora utbudet av symposiums, workshops, diskussioner och posters, samt kvaliteten på de delar av utbudet som jag närvarade vid.**

Utbudet var som sagt stort, så det var svårt att få en överblick av allt som skedde. Som utlovats gavs dock en hel del utrymme till modern teknologi och hur detta kan användas för att utveckla, förbättra och öka tillgängligheten till behandling med KBT. Ett exempel var Patricia Arean från University of Washington. Arean var inbjuden som talare och beskrev på sitt föredrag den forskning hon bedrivit vad gäller behandling med hjälp av "video-games" för äldre med depression och exekutiva nedsättningar. Utifrån upptäckten att äldre personer med depression och samtidiga exekutiva nedsättningar i princip inte alls blev hjälpta av farmakologisk antidepressiv behandling, utvecklade Arean först en problemlösningbaserad psykologisk behandling. Denna problemlösning-behandling visade sig visserligen vara effektiv för denna patientgrupp, men mycket tid och resurser var också tvunget att läggas på utbildning för att de som skulle genomföra behandlingen skulle kunna göra det på ett bra sätt. Arean såg också hur terapeuterna trots dessa utbildningsinsatser ändå hade svårt att följa behandlingsmodellen. Detta ledde slutligen till att hon testade att jämföra den problembaserade behandlingen med en behandling där patienterna fick spela ett videospel framtaget för att träna upp exekutiva funktioner. Vinsten med den sistnämnda behandlingen var att det inte behövdes lika mycket utbildning, utan spelet i sig (plus stödjande samtal)



utgjorde hela behandlingen. Videospelet visade i princip lika bra effekter som problemlösningsterapin för denna grupp.

**Lite på samma tema**, besökte jag också en paneldiskussion där fler forskare diskuterade möjligheter och problem förknippade med att använda modern teknik för att mäta psykisk ohälsa i kliniska studier. Diskussionen fördes generellt på lite för detaljerad nivå (i alla fall med tanke på min begränsade kunskapsnivå om detta), men den sammantagna slutsatsen var att implementering av sådana metoder är förknippade med många utmaningar. Ett exempel som nämndes från panelen var svårigheten att mäta fysiologiska indikatorer på stress (genom portabla anordningar) och samtidigt kontrollera för deltagares fysiska aktivitet, men utan att kontrollera för situationer då undersökningsspersonen är både stressad och fysisk aktiv.

**Mycket av det** jag närvarade vid på kongressen handlade om behandling av barn och ungdomar, med fokus på ångest och depression, eftersom det är mitt huvudområde inom forskningen. Ett populärt tema inom detta område var, inte helt oväntat, transdiagnostiska behandlingar och specifikt genom att arbeta med barnets/ungdomens förmåga till emotionsreglering.

**David Barlow** från Boston University öppnade ett symposium med att förklara att transdiagnostisk behandling inte på något sätt kan anses vara något nytt inom psykologisk behandling. Snarare betonade han att psykologisk behandling ofta varit just transdiagnostisk, och att det var efter introduktionen av DSM-III som forskningen började riktas mot specifika behandlingar av specifika diagnoser. Barlow uttryckte att detta fokus på specifika behandlingar sannolikt var en mycket bra sak ("at the time") eftersom det ledde till en ökad kreativitet inom behandlingsforskningen och en uppsjö av behandlingsmodeller. Barlow diskuterade också ett kommande möjligt

## Elisabeth Davis från University of California beskrev hur påträngande föräldrabetende kan påverka barnets förmåga till emotionsreglering.

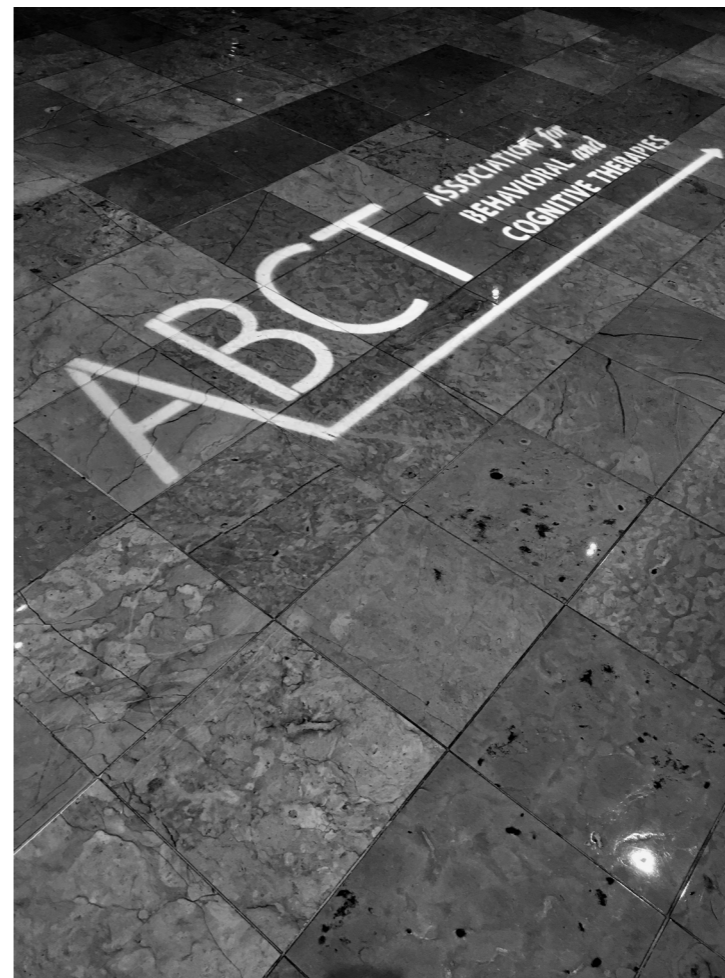
problem, i att vi snart har lika många transdiagnostiska konstrukt som diagnoser (t.ex. anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty osv.).

**Ett av de mest intressanta** symposierna handlade just om emotionsreglering hos unga. Bland annat avhandlades föräldrarnas roll i relation till barns förmåga att reglera emotioner. Elisabeth Davis från University of California beskrev hur *påträngande* föräldrabetende kan påverka barnets förmåga till emotionsreglering. Davis rapporterade från en experimentell studie där de funnit att barns påslag i det sympatiska nervsystemet ökade (i en stressig uppgift) i fall där föräldern engagerade sig i sådant påträngande beteende. Vidare beskrev Nishita Berla från Stanford University hur föräldrars kritikism medierade sambandet mellan emotionsreglering och depressionsymptom. Mest

intressant var dock den del av symposiet där det gjordes en koppling till klinisk praktik. Robert Friedberg och Micaela Thordarson från Palo Alto University presenterade först en struktur för transdiagnostisk behandling utifrån emotionsreglering, samt gav kliniska fall exempel där de beskrev

hur sådan behandling kunde gå till i praktiken. Behandlingen de beskrev grundar sig på fem strategier vilka alla är olika aspekter av emotionsreglering: (1) Val av situation, (2) Förändring av situation, (3) Riktad uppmärksamhet, (4) Kognitiv tolkning, och (5) Responsmodulering. För att förstå de olika delarna kan man föreställa sig en person med ångestproblematik. Beteenden förknippade med (1) val av situation är ofta situationellt eller socialt undvikande, (2) förändring av situation – säkerhetsbeteenden, (3) riktad uppmärksamhet – distraktion eller fokus på egna brister, (4) kognitiv tolkning – tolkning av tvekyldiga situationer som hotfulla, och (5) responsmodulering – till exempel att försöka dämpa känslorna. Thordarson gick sedan igenom ett komplicerat patientärende och istället för att diskutera diagnostik (vilket säkerligen skulle ha inneburit ett antal olika diagnoser) diskuterade hon en behandlingsplan utifrån de fem strategierna nämnda ovan.

**Jag besökte även** ett symposium där ämnet var (mycket) korta interventioner för ångest och depression hos unga. Föredragshållarna lyfte fram åtminstone två viktiga anledningarna till att utvärdera korta interventioner. För det första visar studier från USA att endast cirka 20 % av barn och unga med ångest och depression får någon typ av hjälp för sina besvär, och att endast cirka en femtedel av dessa (alltså totalt 4 %) får en adekvat behandling för dessa tillstånd. Korta



**I en studie hade man testat att låta skolsystrar genomföra en KBT-intervention för att minska ångest hos skolbarn.**

interventioner skulle helt enkelt kunna göra det lättare att erbjuda hjälp till fler. För det andra lyftes fram att det också finns metaanalyser som visar att korta interventioner ofta ger liknande effekter som längre behandlingar för dessa tillstånd.

**Thomas Ollendik** från Virginia Polytechnic Institute som höll i symposiet berättade först om en studie där man testat att låta skolsystrar genomföra en KBT-intervention för att minska ångest hos skolbarn. Skolan ansågs vara en bra plats för interventionen eftersom det finns flera situationer i skolan där barn med en sårbarhet för ångest möter situationer som kan trigga ångest (t.ex. separationer, uppträdanden, sociala relationer). Skolsystrar ansågs vara lämpliga att administrera en sådan intervention utifrån att det ofta är till dem dessa barn kommer när de inte mår bra. Studien visade att både en kort KBT-intervention, liksom en avslappningsintervention var effektiva i att minska ångestsymptom både vid eftermätning och uppföljning. I genomsnitt träffade barnet en skolsyster vid sex tillfällen à 20–30 minuter.

**Vidare beskrev Jessica Schleider** från Stony Brook University i sin del av symposiet hur hon intresserat sig för det faktum att vissa patienter verkar bli bättre redan tidigt i behandlingen. Hennes forskning handlar bland annat om huruvida det går att identifiera vad som utmärker dessa patienter, för att i framtiden eventuellt kunna ge dessa patienter tillgång till kortare behandling, och "spara" längre behandlingar till patienter som behöver detta. I en experimentell studie testade Schleider ifall en kort psykoedukativ insats med syftet att öka upplevd kontroll (förståelse för att vi människor kan förändras) var förknippat med reducerade depressionssymptom vid 3,6, och 9-månaders uppföljning. Studien gav preliminärt stöd för att ett skifte i upplevd kontroll predicerade lägre depressionssymptom över tid.

**Utöver forskning** kring ångest och depression hos barn och unga, besökte jag även ett symposium som handlade om prevention av sexuellt våld hos unga vuxna. På detta symposium beskrev Aliya Webermann från University of Maryland en intervention

som syftade till att främja färdigheter för hälsosamma relationer och att minska konflikter och misshandel. Interventionen riktades till collegestudenter mellan 18–24 år, en ålder där många inleder sin första seriösa partnerrelation. Andelen personer utsatt för sexuellt våld är också hög i denna åldersgrupp. I den pilotstudie som Webermann rapporterade från, visades att unga personer som genomgått interventionen visade minskad grad av psykiskt våld, samt en ökad förmåga till konflikthantering.

**Sammanfattningsvis** var kongressen mycket givande, och det gav mig en känsla av vilken riktning KBT rör sig just nu!

# KBT i den digitala tidsåldern: Sammanfattning från ABCT i Washington

Text: Rebecca Grudin

The Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) höll i November sin årliga konferens i Washington på temat kognitiv beteendevetenskap, behandling och teknologi. Jag refererar här till två keynotes, den ena av Sabine Wilhelm, PhD och ABCTs nuvarande president, chef för psykologi vid Massachusetts General Hospital och professor vid Harvard Medical School. Hon är en internationellt känd forskare inom områdena tvångssyndrom (OCD), dysmorfofobi (BDD) och tics. Den andra, Pim Cuijpers, PhD och professor i klinisk psykologi vid Vrije Universitetet i Amsterdam, är en världsledande forskare på depression, specialiserad på att göra randomiserade kontrollerade studier och metaanalyser.

**Sabine Wilhelm inledde** sin keynote om KBT i den digitala tidsåldern med ett häpnadsväckande räkneexempel. Om alla psykologer i USA skulle arbeta enbart med terapier, ca 50 timmar i veckan, så skulle ändå endast 12 % av alla de som är i behov av behandling få tillgång till detta (APA, 2018). I ett globalt perspektiv är siffrorna ännu dystrare.

**Teknologi kan bidra** med lösningar på detta välkända "treatment-demand-gap", menade Wilhelm. Dels då internetbehandling kräver avsevärt mindre terapeuttid. Referenserna till svensk forskning duggade tätt under konferensen, varav en som Wilhelm hänvisade till var Jesper Enanders forskning om internetbehandling för BDD, som visat att internetbehandling kräver mindre än totalt 3 terapeuttimmar, jämfört med face-to-face (f2f) KBT som i genomsnitt kräver 22. Internetbehandling är dessutom oberoende av geografisk närhet, något som ytterligare kan bidra till ökad tillgänglighet.

**Wilhelm har** i sin egen forskning om OCD visat att det dröjer ca tio år från att en diagnos ställs tills att behandling påbörjas. Lång väntan på behandling innebär ofta att symtomen blir tyngre och behandlingen svårare. Utöver barriärer till behandling i form av tillgång till

adekvat utbildade terapeuter, så finns det faktorer på patientnivå, såsom skam och stigma och att det är dyrt att gå i terapi som begränsar möjligheten för många. Internetbehandling adresserar båda dessa hinder. Behandlingen blir inte lika dyr då den inte kräver lika mycket terapeuttid, och patienten går inte miste om inkomst på grund av frånvaro från jobbet.

**Wilhelm avslutade** sitt föredrag med att sondera de möjligheter som kommer i och med "smartphoneterapi". Mentala hälsoappar är redan utbredda på marknaden och erbjuder en rad olika funktioner, allt från att registrera symptom, till att lära sig en enstaka färdighet på egen hand, till att ta del av en fullskalig behandling vägled av terapeut. Smartphoneterapi adresserar de flesta av de barriärer som finns till att de som har behov också får tillgång till behandling. Dessutom är telefonen redan vår självklara hjälpredda i vardagen, så steget är inte så stort till psykologisk behandling.

**En utmaning** som behöver överkommas är användarnas bristande engagemang. Många laddar ner appar, färre använder dem och ännu färre använder dem över längre tid. Beteendeförändring kräver ju som bekant ett stort engagemang över lång tid för att färdigheter ska läras in och upprätthållas. Vad göra åt saken? En lärdom från internetbehandling är att det kan vara betydelsefullt att addera lite "human touch", eller att använda en AI-terapeut, chatbots eller så kallad peer-support.

**En annan utmaning** med mobilterapi, något som också lyftes vid ett seminarium om Interpersonell terapi för ungdomar, är att en av de viktigaste komponenterna av en terapi, är direkt feedback på sociala beteenden ifrån terapeuten, något som inte låter sig förmedlas via

skärm. Och så kan det förstås vara. Internet som förmedlingssätt är kanske inte något för terapiformer där de verkliga komponenterna förutsätts ske i terapirummet. Samtidigt, psykodynamisk internetbehandling för depression har i åtminstone en studie visat sig fungera väl (Johansson et al, 2012). Det kan ses som ett viktigt fynd i den fortsatta diskussionen kring vilka terapiformer som fungerar via internet respektive inte.

**Ytterligare en invändning** mot smartphoneterapi är att det riskerar medföra ökad skärmanvändning. Det finns ett antal korrelationsstudier som pekar på ett samband mellan smartphoneanvändning och symptom på ångest och depression (Twenge, Martin & Spitzberg, 2018). Samtidigt, vem tror att dessa telefoner kommer att försvinna? undrade Wilhelm retoriskt. Snarare behöver vi vara delaktiga i att driva utvecklingen mot något gott. Teknologi innebär samtidigt både många risker och stora möjligheter. Det sista Wilhelm slängde ut till publiken var frågan: "Vilken roll vill du ta?"

**Vidare till nästa keynote:** The Dodo Bird in the Digital Age: How E-Mental Health Can Improve Prevention and Treatment of Mental Health Problems av Pim Cuijpers. Enligt Dodofågeln dom är alla terapier ungefär lika effektiva. Det finns till exempel inga större skillnader mellan de vanligaste formerna av evidensbaserad behandling vid mild till måttlig depression hos vuxna (Cuijpers et al, 2008).

**Det väcker den** intressanta frågan, kan vi minimera våra terapier och ta ut de effektiva delarna utan att förlora effekt? Internetbaserade och mobila interventioner erbjuder nya möjligheter att reducera psykologiska interventioner till ett minimum. De senaste 20 åren har flera dussintal randomiserade studier visat att

internetförmedlade interventioner är effektiva vid behandling av psykisk ohälsa. Men är de lika effektiva som f2f terapier?

**Våra psykologiska** behandlingar för de vanligaste tillstånden av psykisk ohälsa är effektiva, men effekterna är trots allt begränsade. Vad gäller depressionsbehandling svarar ca 30 % inte alls på evidensbaserad behandling, oavsett terapiform. Dessutom, en stor grupp drabbade blir bättre oavsett om de får behandling eller inte. Vi har även hittills haft svårt att på förhand identifiera vilka som kommer att ha respektive inte ha nytta av en behandling. Med nuvarande tillvägagångssätt, kommer vi alltså att utsätta en stor andel människor för behandling, utan att det hade behövts, eller utan att de har någon nytta av det. Det medför såväl ett individuellt som ett samhällsekonomiskt pris. Ett sätt att angripa detta dilemma ur ett hälsoekonomiskt perspektiv är att erbjuda lågintensiva interventioner, varav internetbehandling är en form.

**Cuijpers upprepade** flera gånger i sin presentation att det inte längre finns nå-

gon anledning att betvivla att internetbaserade behandlingar är lika bra som f2f. Internetbehandling med KBT har visat sig vara lika effektiv som f2f KBT vid ångestsyndrom och depression (t.ex. Cuijpers et al., 2010).

**Om än detta format** är lovligt för att behandla psykisk ohälsa, så är det inte en enkel och okomplicerad lösning. Tvärtom finns det flera svårigheter och negativa aspekter som vi behöver ta hänsyn till. Internetbehandling passar inte alla patienter och vi behöver komma ihåg att de utvärderingar som har gjorts har baserats på personer som varit villiga att randomiseras till internetbehandling. (Det är väl i och för sig den grupp vi är intresserade av att generalisera resultaten till, tänker jag. Jag har svårt att föreställa mig att erbjuda insatsen till någon som inte är intresserad). Vi behöver tänka kreativt kring fler möjliga sätt att nå ut med psykologisk behandling till alla i behov. Utöver att öka tillgången genom digitala förmedlingssätt, så ter det sig nödvändigt och ändamålsenligt att när så går "byta leverantör" av psykologisk behandling, från psykologer och andra

professionella, som är dyra och få till antalet, till utbildade icke-professionella (s.k. barfotaterapeuter). Flera lovande studier har gjorts i låginkomstländer (se t.ex. Patel et al, 2017).

**Sammanfattningsvis**, internetbehandlingar är effektiva för våra vanligaste former av psykisk ohälsa, men innebär inte en universallösning. Vi har en utmaning vad gäller hur internetbehandling ska implementeras i reguljär vård. Smarta telefoner erbjuder ytterligare sätt att nå ut till fler med psykologisk behandling, men än så länge saknas empiri på dess effektivitet i mycket stor utsträckning. Utmaningarna till trots, så har den teknologiska utvecklingen för all framtid förändrat spelplanen inom prevention och behandling för psykisk ohälsa.

## Referenserna till svensk forskning duggade tätt under konferensen.

### Referenser

American Psychological Association. (2018). *Demographics of the U.S. psychology workforce: Findings from the 2007-16 American Community Survey*. Washington, DC: Author.

Johansson R, Ekbladh S, Hebert A, Lindström M, Möller S, Petitt E, et al. (2012) Psychodynamic Guided Self-Help for Adult Depression through the Internet: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE* 7(5): e38021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038021>

Twenge, J., Martin, G., & Spitzberg, B. (2018). Trends in U.S. Adolescents' Media Use, 1976–2016: The Rise of Digital Media, the Decline of TV, and the (Near) Demise of Print. *Psychology of Popular Media Culture*, .

Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., Van Oppen, P., & La Greca, Annette M. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.

Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957.

Patel, V., Weobong, B., Weiss, H.A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., ... Fairburn, C. (2017). The Healthy Activity Program (HAP): a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: A randomised controlled trial. *Lancet*, 389, 176-185.

### Rekommenderad läsning till Wilhelms presentation:

Mohr, D.C., Zhang, M., & Schueller, S. M. (2017). Personal sensing: Understanding mental health using ubiquitous sensors and machine learning. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 23-47.

National Advisory Mental Health Council (NAMHC), National Institute of Mental Health (NIMH). (n.d.). Opportunities and Challenges of Developing Information Technologies on Behavioral and Social Science Clinical Research.

# Barnpsykologerna

## – podden som växer stadigt

Text: Anna-Clara Hellstadius  
Illustration: Einar Karlberg

”Barnpsykologerna” är en podcast med Lars Klintwall och Liv Svirsky. Lars Klintwall, leg psykolog, disputerade i Oslo på en avhandling om beteendeterapi för förskolebarn med autism. Nu arbetar Lars halvtid som lektor på Stockholms universitet där han undervisar. Den andra halvtiden ägnar han sig åt att skriva barnböcker och filmmanus. Liv Svirsky är leg psykolog, leg psykoterapeut och utbildad handledare med KBT-inriktning. Liv arbetar i egen verksamhet och träffar klienter i alla åldrar. Hon har även skrivit flera böcker, ofta med fokus på barn, familjer och KBT.

En podcast är en metod att publicera ljudfiler via internet och beteckningen har sitt ursprung i mediaspelaren iPod som var först med den typen av publicering. Enligt poddtoppen.se är P3 Dokumentär den populäraste podcasten på iTunes, P3 Dokumentär toppar även topplistan på brapodcasts.se (de populäraste podcasterna har, efter vad undertecknat kunnat utröna, över 1.000.000 lyssningar per vecka).

Sakta men säkert stiger antalet lyssningar för ”Barnpsykologerna” och

numera har podden omkring 2.000 lyssningar per vecka. De smalare avsnitten har något färre lyssnare medan de bredare avsnitten som rör många föräldrars vardag ligger i topp. Antalet prenumeranter liksom följare på poddens Instagram och Facebook-konto växer stadigt.

”Barnpsykologerna” innehåller i skrivande stund 24 avsnitt, det första publicerades 180401 och i det avsnittet intervjuade Lars Liv om separationsångest hos barn. Lars och Liv intervjuar dock vanligen en inbjuden psykolog om dennes specialområde och urvalet av ämnen görs utifrån tillgänglig empiri. Det senaste avsnittet (publicerat 181029) avhandlade neuropsykiatrisk utredning vid ADHD med Anna Backman. Några exempel på andra ämnen som tagits upp är ”Föräldrabehandling” med Martin Forster, ”Traumatiserade barn” med Erica Mattelin, ”Sexuella övergrepp” med Poa Samuelberg och ”Att välja behandlare” med Dan Katz.

Lars och Liv valde att starta sin podcast med den uttalade ambitionen att tillgängliggöra vetenskapligt grundade råd och rön till föräldrar

och pedagoger - deras kliniska erfarenhet i kombination med ett uttalat forskningsintresse bidrog till lusten att skapa ”Barnpsykologerna”. Ansatsen är populärvetenskaplig och de flesta avsnitt utgår från frågor och problem som föräldrar och pedagoger ställs inför – ämnena spänner från psykologi till ekonomi. Liv förklarar att hon och Lars vill blanda smala teman för de lyssnare som har behov av fördjupad kunskap inom ett visst område med mer vardagliga teman som t ex barn och sparande. Oavsett ämne är de som bjuds in till ”Barnpsykologerna” experter inom ”sitt” ämnesområde.

Till en början fick Lars och Liv hjälp att klippa avsnitten men nu har de lärt sig sköta allt själva. Podden görs i samarbete med acast och finns där poddar finns, tex på iTunes och Spotify. Tjänar de pengar på sin podcast? Nej, inte alls – drivkraften är att i mediebruset förmedla vettiga råd och rön till föräldrar och pedagoger!

Barnpsykologerna innehåller i skrivande stund 24 avsnitt.



BARNPSYKOLOGERNA  
-en podcast med Liv Svirsky & Lars Klintwall



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

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

## Nyhetsbrev 2018-08-26

*Sammanfattning av protokoll från styrelsemöte 2018-08-26 då styrelsen sågs tillsammans i Linköping för en intensiv styrelsebelg.*

### Rapportpunkter:

#### **Ordförandens rapport**

Ordförande har under sommaren varit aktiv i att skriva på de debattartiklar som presenteras under området vetenskap och media. Ny kanslist rekryterad.

En lista med titlar i Natur och Kulturs kampanj för våra medlemmar har satts och kommer att presenteras via KBT-listan ihop med kod för köp från Bokus.

#### **Ekonomisk rapport**

Ekonomi är stabil. Inga oväntade stora utgifter har uppkommit sedan senaste styrelsemötet.

#### **Medlemsstatistik**

Antal individer i BTF: 694

225 medlemmar har besvarat enkäten och följande punkter framkom som viktigast:

1) Skapa kontakt och främja kunskapsutbyte om KBT och beteendeterapi mellan medlemmar, 2) Värna om och sprida inlärningsteori och beteendeterapeutiska interventioner, 3) Informationsspridning och lobbying mot media och allmänheten, samt, 4) sprida information om relevant forskning till sina medlemmar

Styrelsen avser att arbeta vidare i den riktningen.

#### **Rapporter från ansvarsområden:**

#### **Utbildning**

Uppdatering och förtydligande av kursplaner samt riktlinjer för att få bedriva utbildning godkänd av BTF är under uppdatering.

---

#### **Styrelsen**

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

**Kontaktuppgifter och information om  
föreningen hittar du på [www.kbt.nu](http://www.kbt.nu)**

---

#### **Vetenskap och media**

Redaktör och redaktionsmedlemmar avgår från sina uppdrag i BT:s redaktion. Ny redaktör och medarbetare till BT-redaktionen behöver tillsättas inför 2019.

Repliker i debatten kring Skånes satsning på mindfulness har publicerats i Sydsvenskan i samarbete med Brjánn Ljótsson och Viktor Kaldo. Det arbetas på en sammanställning av vad som händer i region Skåne efter debatten.

En debattartikel är inskickad till Läkartidningen.

Kontakt är etablerad med Kjell Asplund som leder utredningen kring om behandling av psykisk ohälsa skall regleras.

#### **KBT-listan**

KBT-listans senaste period har präglats av debatten kring Region Skånes satsning på mindfulness.

#### **IT**

##### *SSL-certifikatet*

I kommunikation med vår nuvarande hemsidleverantör samt från externa it-företag som levererar SSL-tjänster framkommer behov av att BTF ska abonnera på denna tjänst.

##### *Nya hemsidan*

Arbetet med nya hemsidan har fortgått Syftet med nya hemsidan har varit att öka redigeringsmöjligheter för styrelsen, samt modernisera layouten och användarvänlighet. Fördelar respektive nackdelar med den lösning vi har fått från Livanda diskuteras.

#### **Studerandenätverket**

Rekrytering av nya medlemmar för att få representation från samtliga psykologprogram är ett fokusområde.

#### **Årsmötesgruppen**

Rekrytering av årsmötesgrupp pågår. Målsättning är att öppna för anmälningar under november.

#### **Frågor för fortsatt beredning:**

- Frågan kring nytt faktureringsystem, bokföring och medlemshantering.
- Verka för fler livemöten i form av föreläsningar och after work
- Arbetet med kontakten med utredare Kjell Asplund går vidare
- Rekrytering av redaktionsmedlemmar till Beteendeterapeuten
- GDPR

#### **Beslutspunkter:**

##### **SSL-certifikat**

Bakgrund: Behov av SSL-certifikat har påvisats.

Beslut: Beslutar att styrelsen godkänner den extra årliga kostnaden som uppkommer i samband med att föreningens två hemsidor som utrustats med SSL-certifikatet.

##### **Livandas förslag på nya hemsidan**

Bakgrund: Livanda har presenterat en testversion av nya hemsidan. It-ansvariga söker styrelsens mandat för att fortsätta med arbetet

Beslut: Styrelsen godkänner inte att gå vidare med det förslag som erhållits från Livanda. Styrelsen ålägger it-ansvariga att återkomma med ett nytt förslag till hur man går vidare med utvecklingsarbetet kring BTF:s två hemsidor.

##### **Pausa beviljandet av grundläggande psykoterapiutbildningar i samband med BTF**

Bakgrund: Styrelsen har diskuterat uppdatering och förtydligande av kursplaner samt riktlinjer för att få bedriva utbildning godkänd av BTF - vad som behöver ingå i en ansökan om att få bedriva utbildning under BTF:s flagg.

Beslut: Styrelsen beslutar att pausa beviljandet av grundläggande psykoterapiutbildningar i samband med BTF

#### **För styrelsen,**

**Malin Angberg**



## Grattis Rebecca Grudin!

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



# Psykologpartners utbildningar våren 2019

---

## Acceptance & Commitment Therapy

### Grundkurs

Göteborg den 28-30 januari

Stockholm den 21-23 maj

### Färdighetsträning

Stockholm den 22-24 januari

Göteborg den 18-19 mars och 1 april

Malmö den 9-11 april

### Tillämpa ACT på sig själv

Stockholm den 6-7 februari

Göteborg den 4-5 mars

Norrköping den 1-2 april

### ACT med barn och ungdomar

Göteborg den 8-9 april

### ACT vid stressproblematik

Stockholm den 4-5 mars

---

## Positivt beteendestöd - för boende, stöd- och daglig verksamhet

Stockholm den 26 februari, 19 mars och 3 april

---

## Specialistutbildningar för psykologer

### Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

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

### Handledning utifrån beteendeanalys

Malmö den 21 januari, 4-5 februari, 25-26 februari och 25 mars

### Psykosocialt arbete i primärvården

Stockholm den 14-15 februari, 7 mars, 21-22 mars och 2 maj

### Klinisk beteendeanalys och dess tillämpningar

Stockholm den 25-27 mars, 7-8 maj och 4 juni

Detta är ett urval av kommande utbildningar. Fullständig information och kursutbud finner du alltid på vår hemsida [www.psykologpartners.se/utbildningar](http://www.psykologpartners.se/utbildningar)



psykologpartners