

beteendeterapeuten

MEDLEMSBLAD FÖR BETEENDETERAPEUTISKA FÖRENINGEN

2/2007

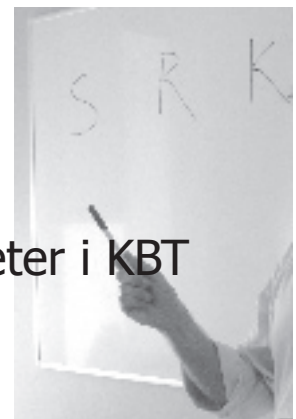
Årsmötet 2007 Nalen Stockholm
Vimmelspecial ! Bildextra
Rapport från WS med Martell
OBM
Stödet för psykodynamisk terapi



Dessutom:

Vad är KBT för dig?

Hur man vidmakthåller sina färdigheter i KBT



beteendeterapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Maria Bragesjö, Redaktör
Jelena Brdaric
Anna Eriksson
Daniela Lambert
Johan Westöö

Styrelsen:

Karin Ovefelt, *Ordförande*
karin_ovefelt@bredband.net

Viktor Kaldo, *Medlemssekreterare*
viktor.kaldo@psyk.uu.se

Johan Wetterlöv, *Kassör*
johan@orana.se

Övriga ledamöter:

Inga Axbrink
inga.axbrink@pk.artisan.se

Pontus Bjurner
pontus.bjurner@kbtinstitutet.se

Benjamin Bohman
benjamin.bohman@gmail.com

Johan Holmberg
johan.holmberg@
psykologpartners.se

Dan Katz
dan.katz@swipnet.se

Ulrika Långh
ulrika.langh@comhem.se

Jessica Neijlind
jessica.neijlind@
pbmstressmedicine.com

Jonas Ramnerö
jramn@psychology.su.se

Maria Tillfors
maria.tillfors@bsr.oru.se

Sara Widén
widensara@gmail.com

Manusstopp för nästa nummer

10 aug 2007

Bidrag skickas till:
maria.bragesjo@gmail.com
l_daniela@hotmail.com
Textformat: Word
(eller RTF om du använder Mac)

Bilder: i digitalt format

Redaktionellt

Sommaren närmar sig med stormsteg men innan redaktionen tar lite välbehövlig sommaresemester väntar här ett späckat nummer. Redaktionen tar inte heller helt sommarlov utan hoppas att ni fortsätter skicka in bidrag även under sommaren. Alla bidrag är välkomna! Lite sent kanske får vi också sälla oss till skaran av alla som lovordat årsmötesgruppen som så fint arrangerade årsmötet som detta år hölls i Stockholm. För er som inte var där hittar ni bla en artikel om beteendeaktiveringsworkshopen med Martell & Dimidjian och lite mingelbilder. För er så som var där får ni minnet uppfräschat. Och förutom en rad andra artiklar presenterar vi också BTF:s nya styrelse i detta nummer. Skön sommar!

Maria Bragesjö
Redaktör

beteendeterapeuten 3/2007

Ledare.....	3
WS Beteendekativering Martell.....	4
Presentation av styrelsen.....	9
Mingelextra! Bilder från årsmötet.....	14
Hur man vidmakthåller sina färdigheter i KBT	15
Vad ät KBT för dig?.....	18
Insändare: Kognitiv terapi och Beteendeterapi hör ihop.....	22
Brinner för OBM.....	23
Stödet för Psykodynamisk terapi.....	25

”Vad ska jag bli när jag blir stor!” har min pappa suckat under hela min uppväxt och fortsatt med trots att han nu är pensionerad busschaufför. Den meningen, det sökande innehållet tror jag har påverkat mig. Jag hamnar ofta i att just fundera kring vad ska hända härnäst, d v s en fokusering på framtiden och att hitta något där framme. Det inser vi snabbt att det är långt ifrån att vara medvetet närvarande i nuet, långt ifrån att se situationen fullt ut precis som den är, att acceptera det som är för handen. Jag vill framåt och det snabbt samt har svårt att stanna upp.

Vad vill jag säga med detta? Ja, det kan man undra. Vad jag lärt mig av att nogsamt göra en beteendeanalys över en mer komplex problematik är att inte ha för bråttom. Utan att tillåta mig ha is i magen och stå ut med obehag medan jag ser situationen fullt ut med all sin komplexitet, innan jag börjar klargöra ”vad jag ska bli när jag blir stor”.

Och jag föreställer mig att det är just det vi håller på med i vår förening och från styrelsens perspektiv. Vi börjar få en bra bild av hur vår förening fungerar internt och vi har börjat strukturera upp det. Vi ser vilka funktioner som behövs och vi börjar ana vad vi ska göra för att få det att fungera. Sen vet vi av erfarenhet att prata om något inte är samma sak som att få någon att göra det. Där är föreningens stora utmaning nu.

Sen följer en spännande period av att tillsammans fundera över ” Vad ska BTF bli när hon/han blir stor?”

Precis innan jag ska skicka in detta dimper HSV:s besked ner om att de ifrågasätter föreningens examensrätt. Efter allt arbete som lades ner förra året på självvärderingen kommer detta besked. Suck! Det aktualiserar dock alla de tre nivåerna här ovan. 1. Vi behöver nogsamt gå igenom fakta och problemet. 2. Se hur problemet hänger ihop och vad det innebär. 3. Formulera en vision, ett målbeteende som vi ska sträva mot.

Okej, då får vi sätta igång!

Vänliga vårhälsningar från

Karin Ovefelt

Ordförande i Beteendeterapeutiska föreningen

Beteendeaktivering – get out of the TRAP and back on TRAC!

Heldagsworkshopen på BTF:s årsmöte handlade i år om beteendeaktivering, och föreläsare var Christopher Martell, Clinical Associate Professor of Psychology vid University of Washington, samt Sona Dimidjian, Assistant Professor of Psychology vid University of Colorado. Det fanns ett stort intresse för att delta i workshopen bland BTF:s medlemmar och vi som fick en eftertraktad plats blev inte besvikna.

Beteendeaktivering (BA), eller Behavioral Activation som det heter på engelska, är en strukturerad, kort psykosocial intervention. BA bygger på antagandet att problem i individers liv och beteenden ofta minskar förmågan att uppleva positiv förstärkning från omgivningen. Behandlingen syftar till att systematiskt öka aktivering så att personen får ökad kontakt med källor till förstärkning i sitt liv, och på sikt kan lösa livsproblem. BA fokuserar direkt på aktivering och på beteenden som förhindrar aktivering såsom flykt, undvikande samt ältande/grubblande.

Bakgrund

Martell och Dimidjian inleder dagen med en beskrivning av bakgrunden till dagens BA. Tidiga förespråkare, t ex Lewinsohn, påtalade vilken betydelse minskad frekvens av positiv förstärkning alternativt ökad frekvens av bestraffning har vid depression. Ferster menade att den mest slående aspekten av depression är en påfallande minskning av vissa beteenden samt en ökning av andra, vanligen flykt och undvikande. Så småningom började BA användas i kombination med kognitiv terapi (KT). Beck t ex, menade att syftet med att använda BA var att få till en förändring i negativa attityder. Neil S. Jacobson undrade vilka komponenter i KT som är verksamma, och utförde i en studie en komponentanalys för att undersöka detta. Av resultaten från denna studie drog han slutsatsen att (enbart) BA kan vara lika effektivt som KT vid

depression. Det ledde i sin tur till att BA utvecklades till en egen terapiform som inte bara bedrevs inom ramarna för KT.

Dimidjian och Martell presenterar studier där man jämfört KT, BA och farmakologisk behandling, och där dessa behandlingar gett likvärdiga resultat vid mild till måttlig depression. När deltagarna hade en högre grad av depression fungerade dock BA och farmakologisk behandling bättre än KT. Man såg i en studie att de deltagare som inte förbättrades så

”BA kan vara lika effektivt som KT vid depression”

mycket av KT hade en högre grad av depression när behandlingen påbörjades. Deltagare med högre grad av depression vid

behandlingens början förbättrades mer med BA. Sammanfattningsvis pekar resultaten från studien på att BA är en mycket lovande terapiform, och utmanar idén att man måste direkt modifiera kognitioner vid behandling av depression, samt det vanliga antagandet att medicinering är nödvändigt vid behandling av måttlig till svår depression. Nämnda studie har dock kritiserats för att den utfördes vid University of Washington, där det finns en förmodad preferens gentemot BT, men man planerar att replikera studien och då involvera ett universitet som är mer inriktat på KT.

Komponenter i BA

Martell och Dimidjian presenterar flera områden där BA använts framgångsrikt, t ex vid behandling av deprimerade ungdomar, krigsveteraner med PTSD, inom sjukvården, på ”counseling center”

och i gruppbehandling. Viktiga komponenter i BA är fallkonceptualisering, funktionell analys, aktivitetsregistrering, att identifiera undvikandebeteenden, reglering av rutiner samt beteendestrategier för att minska grubblande/ältande. I inledningsfasen orienterar terapeuten patienten till behandlingen genom att ge rational, som innehåller en beskrivning av vad depression är och vilka behandlingsmetoder

som används, samt terapeutens och patientens roll i behandlingen. Därefter sätter man upp behandlingsmål som givetvis är individuella. Nästa steg är att arbeta med strategier för att öka aktivering och engagemang, samt identifiera de problem och hinder som kan uppkomma. I slutskedet arbetar man med att repetera och vidmakthålla behandlingsvinster. Martell och Dimidjian visar dagens första videoinspelning från ett behandlingstillfälle med BA i grupp. De går igenom möjliga orsaker till varför depressionen började t ex livshändelser, genetisk/biologisk sårbarhet och trauman. Detta har ofta lett till olika slags undvikandebeteenden, och i förlängningen till ett "less rewarding life", vilket blir tydligt för deltagarna i gruppen i videofilmen. Man går även igenom vad depression betyder för varje person och vilken roll undvikandebeteenden spelar. Flera videoinspelningar, som bidrar till att tydliggöra de strategier och tekniker som beskrivs, visas under workshopen.

Hur gör man då?

En behandlingssession i BA inleds med att patient och terapeut sätter en gemensam agenda. Därefter går man igenom hemuppgifter, aktiviteter under veckan och identifierar och problemlöser kring problematiska beteenden.

Ny hemuppgift ges och terapeuten frågar avslutningsvis patienten om feedback. Terapeuten försöker hålla på strukturen.

När behandlingsrational ges betonas relationen mellan omgivning/miljö, sinnestillstånd och aktivitet. Det är naturligt och förståeligt att undvika och dra sig tillbaka från omvärlden när man känner sig nedstämd, men detta kan öka och/eller vidmakthålla depression och försvåra att man löser

problem på ett effektivt sätt. Terapeuten föreslår aktivering som ett alternativ för att bryta denna onda cirkel samt förespråkar en "utifrån och in"-lösning, d v s att handla i enlighet med en plan eller ett mål i stället för i enlighet med en känsla eller inre sinnestillstånd, vilket är vanligt att människor som är deprimerade gör. Det är möjligt att förändra hur man mår genom att förändra vad man gör!

Terapeuten betonar också att patienten är expert på sitt liv och på vad som är förstärkande för honom/henne.

"patienten är expert på sitt liv och på vad som är förstärkande för honom/henne"

Martell och Dimidjian går igenom hur livshändelser, som ett trauma eller mindre dramatiska men påfrestande händelser såsom pubertet eller relationskonflikter, kan leda till ett mindre förstärkande liv, vilket i sin tur leder till nedstämdhet, trötthet, värdelöshet och likgiltighet, som leder till beteenden som att stanna inomhus, ligga kvar i sängen, se på tv, undvika sociala kontakter och älta/grubbla. Det sistnämnda förstärker de negativa känslorna, som i sin tur förstärker beteendena. Detta leder i sin tur till mer omfattande konsekvenser som förlorade relationer, konflikter med arbetsgivare, ekonomiska problem och hälsoproblem, som i sin tur leder till sämre livskvalitet, o s v i en ond cirkel. Hur gör man då för att komma ur denna? Är det inte bara att "ta sig i kragen"? Nej, så enkelt är det sällan. Martell och Dimidjian jämför med Nike-modellen – "just do it", d v s antagandet att viljestyrka är det enda som krävs för förändring. Detta är sällan tillräckligt utan det behövs en specifik och strukturerad väg som terapeuten hjälper patienten att lägga upp. Terapeuten påtalar även svårigheten med förändring och här spelar validering en viktig roll.

"Är det inte bara att ta sig i kragen"?

Det "ultimata behandlingsmålet" är att patienten förändrar sitt beteende så att hans/hennes kontakt med källor till positiv

förstärkning ökar. Typiska behandlingsmål handlar om att minska på undvikandebeteenden och avbrott i rutiner samt att förändra personens livssituation. Fokusera på att handla utifrån-in, sätt upp kortsiktiga och långsiktiga mål samt prioritera mellan dem, och undersök vilka beteenden som är nödvändiga för att nå målen. Det är viktigt att vara fokuserad, specifik och konkret!

När man frågar en patient om behandlingsmål



Christopher Martell och Sona Dimidjian höll i den uppskattade workshopen om BA på årsmötet.

är ett vanligt svar att han/hon vill må bättre. Vad det innebär är dock högst individuellt. I beteendeanalysen undersöks vad som vidmakthåller depressionen, vad som står i vägen för att patienten ska engagera sig i och uppskatta livet, samt vilka beteenden som verkar vara lämpliga för att maximera förändring. Här undersöks även vilka omständigheter som leder till ett visst beteende samt beteendets funktion, eftersom funktionen kan variera. Ett centralt verktyg för detta är aktivitetsschemat. För att hitta belönande aktiviteter kan man t ex fråga vad patienten skulle göra om han/hon inte var deprimerad. Man undersöker även om patienten utför många olika aktiviteter eller om aktiviteterna har minskat till ett fåtal. Det är viktigt att undersöka relationen mellan specifika aktiviteter och sinnesstämning, samt titta på relationen mellan specifika livsomständigheter/ problem och sinnesstämning - kanske patienten alltid mår bättre när hon/han är på arbetet och samarbetar med speciella personer. Specifika frågor man kan ställa är: på vilka sätt vidmakthåller/ökar undvikandebeteenden depressionen? Vad undviks,

eller vad drar sig patienten undan, och på vilket sätt? Har det blivit avbrott i patientens rutiner? När och var försvann kontakten med förstärkande stimuli? Finns det brister i copingfärdigheter och -strategier? Man undersöker alltså vilka aktiviteter, sammanhang och problem som patienten undviker, och varför. Det är ju väl känt att undvikande kan fylla en adaptiv funktion på kort sikt, men vara problematiskt på lång sikt.

”Det är viktigt att vara fokuserad, specifik och konkret ”

Aktivitetsscheman

Aktivitetsschema kan se olika ut, men de delar som brukar ingå är:

aktivitet (antingen har några valts ut på förhand eller så antecknar patienten vad han/hon gör vid specifika klockslag), känsla/sinnesstämning samt intensiteten på denna. Det är önskvärt att patienten har egna förslag på aktiviteter hon/han vill försöka utöka, men om så inte är fallet kan terapeuten ge förslag. Patienten registrerar mellan sessionerna och schemat går igenom vid varje terapisesession, då terapeuten ger feedback. Aktiviteter kan delas upp i mindre delar och svårighetsgraden på aktiviteterna ökas gradvis. Det är viktigt att tänka

på att patienten bör ha en rimlig chans att klara av överenskomna aktiviteter! Målet behöver inte vara att klara av alla delar i aktiviteten fullt ut utan snarare att ”komma igång”. Vissa personer som är deprimerade utför en mängd aktiviteter. Då bör man undersöka funktionen av dessa aktiviteter för personen, samt fokusera på om koverta beteenden som grubblande/ältande finns. Utöver att gå igenom undvikandebeteendens funktion samt lång- och kortsiktiga följder av undvikande, är det viktigt att öva på alternativa copingstrategier och problemlösning samt om nödvändigt använda minnehjälpmedel. I behandlingen kan även ingå att identifiera värderingar och arbeta mot dessa, t ex undersöka vilken slags liv patienten vill ha.

TRAP/TRAC och ACTION

TRAP/TRAC-modellen, som används flitigt i BA, säger att en trigger utlöser en respons, som i sin tur kan leda till ett undvikandebeteende (TRAP) eller till ett alternativt copingbeteende (TRAC). Exempelvis kan krav på arbetet leda till nedstämdhet och känslor av hopplöshet. Ett undvikandebeteende i detta fall är att stanna hemma i sängen och undvika att svara i telefon, medan ett alternativt copingbeteende är att dela upp arbetsuppgifterna och ta lite i taget. Ytterligare ett verktyg är den så kallade ACTION-strategin: A=Assess: Bedöma hur ett visst beteende påverkar depressionen, om jag undviker och vad mina mål i den aktuella situationen är, C=Choose: Välja huruvida jag ska utföra aktiviteten med tanke på hur den kan tänkas påverka mina chanser att minska depressionen, T=Try: Försöka utföra beteendet, I=Integrate: Integrera nya beteenden i min dagliga rutin, O=Observe: Observera resultatet – mår jag bättre eller sämre?, tar jag steg för att förbättra min situation?, N=Never give up: ge aldrig upp! Aktivitetsschema och ACTION-strategin är bra verktyg när man arbetar med att tillsammans med patienten utveckla och följa rutiner för grundläggande livsaktiviteter som t ex arbeta/studera, äta och sova. Nya beteenden kan utvärderas först när de implementerats ett tag.

Problemlösning

Dimidjian och Martell drar följande exempel: om du planerat att gå till simhallen för att simma, bör du

bestämma när detta ska ske, till vilken simhall och med vem du eventuellt ska gå. Du bör även tänka på vad som kan hindra att du kommer iväg, t ex att du försover dig, och för att förhindra detta ställa alarmklocka för väckning. För att öka sannolikheten att du ska komma iväg kan det också vara lämpligt att berätta för någon du litar på att du ska gå och simma. Gå sedan igenom vilka konsekvenser ökad aktivering i detta fall kan få för dig – försök att anta en vetenskaplig/experimentell attityd!

För att ytterligare öka möjligheten att en patient ökar sin aktivering måste man kontrollera att aktiviteten i fråga inte är för svår. Kanske kan patient och terapeut ha en mer regelbunden kontakt per telefon eller e-post mellan sessionerna, för att utvärdera patientens arbete. Det är viktigt att satsa på aktiviteter som är naturligt förstärkande. Om

”satsa på aktiviteter som är naturligt förstärkande”

nödvändigt bör terapeuten åter gå igenom rationalen. Det är lämpligt att patienten upprepar hemuppgiften i slutet av

sessionen, och att patient och terapeut går igenom vilka eventuella problem som kan uppkomma. Om patienten inte gjort hemuppgiften bör man problemlösa: vad kom i vägen? Hur kunde terapeuten hjälpt patienten med hemuppgiften så den blivit enklare? Om man har identifierat hinder i en viss hemuppgift och sedan delat upp denna i mindre delar kan man använda samma hemuppgift igen. Här följer ett rollspel där deltagarna i workshopen arbetar i par som klient och terapeut, med att dela upp ett problem som klienten upplever som stressande, för att öka sannolikheten att klienten ska utföra det. Hinder för att klienten ska utföra detta identifieras.

Grubblande/ältande

Ytterligare ett område Martell och Dimidjian berör är grubblande/ältande. Det är viktigt att patienten verkligen engagerar sig i aktiviteten och inte ältar annat. Ältande har samband med ökad frekvens av depressiva symtom över tid, nya depressionsepisoder och kronicitet. I BA undersöker man när och var ältande förekommer, hur länge det pågår samt vilken funktion det fyller – är det en typ av undvikande? Är det en slags ”tröst” för patienten? Vilka konsekvenser har ältandet? Mindre fokus kan läggas på innehållet i tankarna som ältas. Martell och Dimidjian jämför här KT, där fokus ligger på



Publik på workshopen.

tänkandet innehåll, och BA, där fokus ligger på tänkandets sammanhang och dess konsekvenser. De nämner också att övning i att vara uppmärksam på upplevelser, liknande mindfulness, kan vara till hjälp för att minska åltande. Att välja aktiviteter där patienten är engagerad i hög grad, samt att visa på negativa följder av åltande t ex att det inte leder någonsamt i att lösa ett problem, underlättar också. Ibland kan exponering för jobbiga stimuli och/eller negativa känslor också vara en viktig del i behandlingen.

Jag tycker att workshopen var lärorik och inspirerande och jag har stor nytta av BA i behandlingsarbetet med många patienter. Ett stort tack till Martell och Dimidjan och till årsmötesgruppen för en väl arrangerad och intressant workshop!

Anna Eriksson
Leg psykolog

Referens

Addis, M.E. & Martell, C.R. (2007). *Ta makten över depressionen steg för steg*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

www.kbt.nu

På BTF:s hemsida finner du:

Artiklar

Arbetsmaterial

Medlems- och terapeutlista

och mycket mer ...

Logga in med ditt personliga

användarnamn och lösenord!

www.kbt.nu

Presentation av BTF:s nya styrelse

En viktig punkt på varje årsmöte är valet av BTF:s styrelse. Beteendeterapeuten har i detta nummer nöjet att presentera 2007 års styrelsemedlemmar med skriftlig presentation och foto.

Inga Axbrink

Jag heter Inga Axbrink och är ursprungligen från Hälsingland men bor sedan 1988 i Växjö, Småland. Jag är socionom, utbildad i Östersund 82-86 och har nyligen avslutat min grundutbildning i psykoterapi med KBT-inriktning i Kristianstad. Jag arbetar på Ekeborg Behandlingshem, en institution som tar emot ungdomar mellan 13-18 år med psykosociala problem. Behandlingshemmet driver vi tillsammans, sedan 1993, som ekonomisk förening, vilket för mig har inneburit att jag på sidan om min behandlingsroll också tagit mig an att sköta företagets ekonomi. Övning ger färdighet, sägs det, och det är i frågor kring BTFs ekonomi som jag hoppas kunna göra en insats som suppleant i BTF:s styrelse.

Pontus Bjurner

Jag är leg psykolog, utbildad i Stockholm. Har jobbat inom vuxenpsykiatri, både öppen- och slutenvård vid Karolinska Sjukhuset. De senaste åren har jag jobbat inom det privata, sedan i höstas på egen mottagning med två kollegor, med fokus på KBT i företagshälsovård/privatvård, ledarskapsstöd och organisationsutveckling. Jag har suttit i styrelsen sedan 2005 och bl a jobbat med workshops, kontakt med andra psykoterapiinriktningar samt föreningens struktur. Övriga intressen är långdistanslöpning, idrottspsykologi och matlagning. Jag bor med min sambo på Kungsholmen. Vad gäller teorier gillar jag ett så kallat funktionellt kontextuellt synsätt och är allmänt svag för väl genomförd empiri.

Benjamin Bohman

Leg psykolog med examen från Uppsala, arbetar på Serafens psykiatriska mottagning inom landstinget i Stockholm. Även filmvetare efter tidigare studier i humaniora, bland annat 5 poäng lacansk psykoanalys (i litteraturvetenskap!). Mål: Att vidmakthålla och värna om kvaliteten i KBT, i vetenskapligt, kliniskt,



Benjamin Bohman.

kommersiellt, medialt och socialt hänseende. Mer specifikt att stärka kontinuiteten mellan psykologisk vetenskap och klinisk praktik och därmed undgå att riskera en urvattnad variant av kBT. Att BTF utvecklas så att den i högre grad representerar vad den är - en beteendeterapeutisk förening. Efter att ha gjort bort mig i rollen som hunden Libido i spexet på BTF:s årsmöte i Uppsala 2005 är min förhoppning att funktionen som suppleant i styrelsen ska medföra att jag även kan ställa andra tjänster till BTF:s förfogande.

Johan Holmberg

Jag heter Johan Holmberg och arbetar på Psykologpartners kontor i Stockholm. Från mars i år kommer jag även ha en deltid på Psykologiska institutionen vid Stockholms Universitet vilket skall bli mycket spännande. Mitt arbete omfattar beteendeförändring i utbildnings-, handlednings- och terapiesammanhang. På kontoret i Stockholm är vi idag sju medarbetare och i hela företaget börjar vi närma oss femtio anställda och efterfrågan på KBT har väl aldrig varit större. Kvalitetsfrågor, metodintegritet och forskning är områden som



Johan Holmberg.

ligger mig varmt om hjärtat. Privat så försöker jag få iväg tackkort från mitt bröllop i somras samt bota en hälsoporre med allehanda huskurer.



Viktor Kaldo

Viktor Kaldo

Leg psykolog och doktorand i klinisk psykologi (Internet/självhjälpsbehandling av tinnitusbesvär) i Uppsala, jobbar även med tinnituspatienter på Audiologavdelningen på Uppsala Akademiska sjukhus. Har varit föräldraledig i dryga halvåret. Har suttit i styrelsen i 3 år som medlemssekreterare och senaste halvåret jobbat specifikt med

medlemsfrågor, webbenkäten till alla medlemmar, varit BTF:s representant i Samrådsforum för psykoterapi, tagit fram en organisationsöversikt och underlag för arbetsgrupper och administration, ansvarat för att en ny version av BTF:s KBT-folder ska tryckas, förberett ett nytt avtal om tidskriften CBT med Taylor & Francis och ordnat en arbetsgrupp för hemsidan.



Dan Katz..

Dan Katz

Leg. psykolog. Praktik i G:a Stan, undervisar i beteendeanalys/ inlärningsteori på Karolinska. Intressen: Underliga bilar, musik, armbandsur, design, kläder, tennis och fitness samt populärvetenskap. Mål: Jag vill att BTF skall fortsätta vara Sveriges tongivande KBT-förening. Detta tror jag bäst uppnås genom att vi ser till att även mer kognitivt inriktade KBT-utövare känner sig hemma i föreningen - så länge som vi kan enas kring att inlärningsteori, beteendeanalys och evidens skall vara självklara delar i definitionen och marknadsföringen av KBT i Sverige. Som styrelsemedlem vill jag också fortsätta utveckla vårt arbete i mediagruppen med att göra information om KBT lättillgängligt för massmedia.

Ulrika Långh (förra årets presentation)

Jag arbetar på Autismcenter för små barn i Stockholms läns landsting. Leg psykolog och Leg psykoterapeut. Jag blev medlem i styrelsen på



Ulrika Långh.

årsmötet 2006. Jag har ingen särskild fråga som jag tänker driva men jag tycker att frågan kring vad BTF står för och för vilka är viktig. Vilken typ av förening BTF skall vara och vilken huvuduppgift vi skall ha. På fritiden läser jag KBT-listan...och sen tillbringar jag lite tid med min man och mina två döttrar. Jag



Jessica Neijlind.

försöker också hinna med att fotografera men det ligger lite i träda just nu...

Jessica Neijlind

Jag kommer ursprungligen från Växjö i Småland. Sex år av mitt liv (96-01) tillbringade jag i vår vackra huvudstad för att läsa till psykolog, men sedan fyra år tillbaka bor jag i Göteborg och där har jag för avsikt att stanna. Jag arbetar på PBM Stressmedicine sedan 2004 och trivs kanonbra. Tidigare arbeten har varit på BUP och inom psykosvård. Styrelsearbetet lockar mig eftersom jag gillar att vara med "där det händer" och Göteborg som får fler och fler KBT:are kan behöva en representant i styrelsen. Jag är en person som älskar att resa och bjuder resmålet dessutom på bra dykning blir jag riktigt lycklig.

Karin Ovefelt

Legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut,



Karin Ovefelt.

handledare, ordförande i Beteendeterapeutiska föreningen. Jag arbetar som privat praktiserande på heltid sedan ca 1,5 år tillbaka. Innan dess har jag arbetat främst inom psykiatri och med fokus på komplex psykiatrisk problematik. Nu har jag en trevlig blandning av att få möjlighet att arbeta tillsammans med Anna Kåver uppe vid Akademiska och DBT-programmet, handleda på olika ställen, utbilda personal i arbete med DBT, komplexa patienter, inlärningsteori i praktiken, sedan har jag en variation av klienter. Jag har suttit i styrelsen under 2006 som ordförande. Innan dess var jag med i valberedningen under två år.

Jonas Ramnerö

FD, Legpsykolog, Legpsykoterapeut och handledare.



Jonas Ramnerö.

Arbetar som lektor på Psykologiska Institutionen vid Stockholms Universitet. Setat i styrelsen två år. Intresserad av övergripande föreningspolitiska frågor som vad vi ska vara för förening; för vem vi ska vara en förening och hur vi ska kunna samverka med och profilera oss gentemot andra instanser.

Maria Tillfors

Jag heter Maria Tillfors och har en fast anställning som universitetslektor i psykologi vid Örebro



Maria Tillfors.

universitet sedan 2001. Innan dess gick jag psykologlinjen (91 till 96) och forskarutbildningen (96 till 2001) i Uppsala. I oktober 2001 tog jag min doktorsexamen i psykologi vid Uppsala

universitet. Avhandlingens titel var "Social Phobia. The Family and the Brain" och handledare var professor Mats Fredrikson vid Uppsala universitet. Vidare är jag leg psykolog och i min nuvarande tjänst så har jag förmånen att kunna blanda undervisning med forskning. Vad gäller engagemang i frågor på en mer övergripande nivå så var jag mellan vt04 och fram till vt07 ordinarie ledamot i fakultetsnämnden. Avslutningsvis är jag fr o m vt07 ordinarie ledamot i institutionsstyrelsen här vid Örebro universitet.

Johan Wetterlöv (förra årets presentation)

Jag arbetar på Orana behandlingshem som tar emot unga kvinnor (15-22) med självskadebeteende, PTSD, personlighetsstörningar och svår ångestproblematik. Vi är ett privat behandlingshem som både psykiatri och kommunerna remitterar till för patienter med långvarig och svår problematik. Jag arbetar även en del med handledning, utbildning och metodutveckling på andra behandlingshem, både SIS och privata institutioner. Förutom att jag arbetar med KBT behandling så är jag föreståndare vilket innebär en hel del administration, marknadsföring, personalarbete och ett övergripande ansvar för verksamheten. Jag blev adjungerad till styrelsen vintern 2004 för att hjälpa till med föreningens ekonomistyrning då vi under ett par år hade haft negativ tillväxt och dålig kontroll på vår ekonomi. Jag blev invald som ordinarie ledamot 2005. Jag ser mitt arbete i BTF delvis specialinriktat till att driva ekonomistyrningen av föreningen och utveckla system för detta som framtida kassörer och styrelser kan använda. Är inställd på att fortsätta utveckla de tjänster föreningen säljer som tidigare styrelser introducerade. Detta för att möjliggöra föreningens förmåga att ha en stabil och solid ekonomi över tid så att vi har möjlighet att fortsätta utvecklas. Jag tror inte att föreningen på sikt kommer vara en utbildningsgivare för långa akademiska utbildningar i KBT, det finns andra mer lämpade institutioner för detta. Däremot kan vi vara ett komplement för att ge kortare utbildningar, den grundläggande utbildningen, workshops och allmän spridning av KBT. Skattejuridiskt måste föreningen använda delar av det ekonomiska överskottet tillbaks till medlemmarna och stadgemässigt ska föreningen jobba för en spridning och utveckling av KBT. I ljuset av detta undersöker jag möjligheten för

föreningen att eventuellt starta en stiftelse för utdelning av stipendier, forskningsanslag och dylikt. Detta är dock i sin linda så vi får se vad det kan bli av det. Ser också en del samverkansvinster med den kognitiva föreningen som jag skulle vilja att vi arbetad mer mot. Förutom att jobba på Orana och sitta i styrelsen så pluggar jag på halvfart. Det har jag gjort vid sidan av mitt jobb i så många år att jag inte kan tänka mig sluta, det har blivit en vana att hela tiden lära nya saker. Just nu läser jag rättspsykologi och det blir väl antingen en fortsättning av det eller skattejuridik till hösten. Att ha hand om BTF:s bokföring, redovisning, fakturering o.s.v. tar en del av mina helger i anspråk. Men när jag inte gör det så tävlar jag lite i MotoCross under den ljusa delen av året. På vintern springer, cyklar och simmar jag för att hålla igång hjärta och lungor.

Sara Widén

Jag jobbar på Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet. Förutom behandlingsarbete som omfattar ungefär halva min arbetstid arbetar jag med terapimottagningen och med KBT-utbildningen på Psykologlinjen termin 7 - 10. Jag har även undervisning på andra terminer och till viss del även på andra kurser men alltid om KBT!



Sara Widén.

När jag inte jobbar ägnar jag så mycket tid jag kan åt min sambo och mina två döttrar som är 6 och 9 år och så försöker jag läsa en del av allt det jag inte hinner läsa på arbetstid! För att försöka se om min fysiska hälsa spelar jag squash och tränar yoga plus så här års enstaka utflykter i skidbacken eller på isen med nya julklapps-skridskorna.

Annonsera i Beteendeterapeuten

Helsida 1500 kr

Halvsida 1000 kr

Kvartsida 600 kr

Kostnaderna gäller även medlemmar som annonserar åt sin arbetsgivare eller för egen vinstbringande verksamhet.

Favorit i repris: mingelbilder!

Årskongressen består inte bara av intressanta föreläsningar, workshops och årsmöte. Det är också ett tillfälle att träffa gamla vänner, kollegor och kurskamrater, att prata om vad som hänt sedan man sist sågs - och kanske smida gemensamma planer inför framtiden? Beteendeterapeuten har med hjälp av några medlemmar förevigat sådana situationer, dag- och kvällstid på Nalen 9-10 mars 2007.





Hur man vidmakthåller sina färdigheter i KBT

Den här artikeln handlar om vad en person som genomgått grundläggande utbildning i psykoterapi med inriktning mot kognitiv beteendeterapi bör göra för att vidmakthålla och öka sina kunskaper och färdigheter i ämnet. Det är några råd som jag vill att du skall ta till ditt hjärta och arbeta för att omsätta i handling.

1. *Non dies sine linea*, skrev Cicero som rättesnöre för sig själv för över 2000 år sedan. Han åsyftade då sitt skrivande: Icke en dag utan en rad (skriven). Jag vill att du skall ta till dig hans rättesnöre, men då kanske mera för att du bör läsa något om KBT varje dag. Läs några sidor om KBT varje dag. Kan du dessutom skriva litet så är det naturligtvis bra. Utan systematisk och flitig läsning varje dag är man snart okunnig i ämnet KBT. Kunskap i KBT är färskvara. Nu är det här lätt. Det finns en mängd böcker på svenska att läsa, och de som finns på engelska och andra världsspråk blir bättre och bättre, mer läsbara. Kolla varje vecka vad som finns på t. ex. adlibris.se, bokus.se, amazon.com, besök boklådor och bibliotek för att hålla dig a jour. Och som sagt, läs och skriv.

2. *Gå i handledning*. Regelbunden handledning är ett måste för den som skall gå vidare i sin KBT-utbildning. Men handledning är till inte bara för att skaffa sig meriter. Den är nödvändig för att man skall bli en bättre psykoterapeut. För utan handledning så blir man så småningom sämre som terapeut. Man får inte distans till sitt arbete, man tar för mycket till sig klienternas syn på bekostnad av vetenskap och beprövad erfarenhet, man kör lätt in i egna rutiner som kanske inte är de bästa för klientens behov. Marsha Linehans argumentation för behovet av handledning gäller icke bara för DBT utan för all KBT-behandling.

Om det nu är så illa att det inte går att få

handledning från en godkänd handledare, därför att det finns för få av dem i vårt land - gör då som så, att du regelbundet träffar kollegor i grupper om helst 4 personer, och att ni i gruppen diskuterar era fall utifrån videoinspelning, ljudbandsupptagning, anteckningar, etc, så som ni gjorde i er utbildning. *Du måste diskutera dina fall, tankar och problem med kollegor*, är det enkla rådet att ta till sig. Minst en gång i månaden bör en sådan "kollegorhjälpgrupp" sammanträda.

3. *Följ utvecklingen*. Man kan läsa ny litteratur och gå i handledning som jag nämnde ovan, men det räcker inte för att hänga med. Beteendeterapeutiska föreningen är till för att hjälpa medlemmarna att hänga med i utvecklingen. Dess e-postlista och hemsida är utmärkta hjälpmedel för att orientera sig om vad som händer.

Workshops i olika KBT-specialiteter är viktiga för att få inspiration, kunskap och färdigheter.

4. *Läs skönlitteratur och ta del av kulturutbudet*. I psykoterapeutiskt arbete möter man ofta människor med en fråga som inte alltid uttalas så klart men vars innebörd är följande: Vad skall jag göra med mitt liv? För att psykoterapeuten skall ha en hälsosam distans till denna fråga och kanske undvika att pracka på klienten sin syn, behöver psykoterapeuten ha inhämtat andra människors erfarenheter och försök att besvara sådana frågor. Skönlitteraturen handlar ofta om olika sätt att leva beskrivna med inlevelse i subjektiva upplevelser. Poesi, konst, teater, opera, film, musik,

dans och andra kulturella aktiviteter ger ofta också de nödvändiga perspektiven för psykoterapi. God kultur är språk för att uttrycka väsentligheter om känslor och annat som människor vill ha sagt.

5. *Sköt mat och motion enligt aktuell forskning på området.*

Vi känner nu ganska väl till huvudriktlinjerna för konsumtion av mat: regelbundna och trevliga måltider, lågt energiintag, massor med frukt och grönsaker, protein till varje mål, litet men bra fett till varje mål, etc. Fysisk rörelse i form av löpning, simning, trädgårdsarbete, promenader, m. m. är också viktiga ingredienser för den som har ett stillasittande arbete som psykoterapeut. Att upptäcka och vidmakthålla ett sätt att må bra genom rätt kost och motion är en viktig del i arbetet för att kunna fungera maximalt bra som psykoterapeut.

6. *Bli specialist på avspänning och avslappning.*

Det är stor risk för att man med ovanstående råd hamnar i stress, åtar sig mer och med större engagemang än man klarar av. Kvar blir en stressriden människa som förr eller senare får uppleva de negativa följderna av stressen. Därför måste vi regelbundet på oss själva använda någon av de antistressmetoder som är väl utprovade och kända. Hit hör progressiv avslappning, autogen träning, meditation, mindfulness-träning, m. m. sådant.

Sten Rönnberg

Svenska Institutet för Tillämpad

Beteendeanalys AB

E-post: sten@sitb.se

Tidningsarbete är belönande!

Beteendeterapeuten söker nya medarbetare till redaktionen. Du som är intresserad av att skriva, fota och/eller redigera: kontakta Maria Bragesjö: maria.bragesjo@gmail.com eller Daniela Lambert: I_daniela@hotmail.com.

Vi behöver dig!

**PSYKO
TERAPI
MÄSSAN**

**Med-
verka!**

**10-12 april
Stockholms-
mässan, Älvsjö**

Legitimerade psykoterapeuter och deras föreningar, verksamheter, institutioner samt företag inbjuds att medverka.

Hyr en monter, det ger en unik möjlighet att sprida information, delta med seminarier, föreläsare och andra aktiviteter.

Anmäl senast 10 september 2007

www.psykoterapimassan.se

Frågor: tel 08-546 515 00.

Vad är KBT för dig?

Den frågan ställdes inför en föreläsning på Stockholms universitet. Vi tyckte svaren vi fick var så spännande att vi vill dela dem med BTF:s medlemmar. Ett tack till alla som inför föreläsningen bidrog med svar!

1. En inlärningsteoretisk bas med medföljande uppsättning verktyg för varaktig beteendeförändring.
2. Jag tycker att vi utgår från hur patienten har det och upplever sin situation. I samarbete med patienten och med hjälp av beprövade och utvärderade metoder förändrar vi situationen så att livet fungerar bättre. Så att tankar och beteenden blir konstruktiva och fungerande i det dagliga livet. Mer av det som funkar och mindre av det som inte funkar är ett mål! Vi utrustar också patienterna med egna verktyg så att de inte behöver ränna hos psykolog för all framtid....

”en trygg plattform av evidensbaserade principer”
3. Roligt, pedagogiskt, utmanande, ofta verksamt (men inte alltid), personligt berikande med möten mellan människor, och ibland även personligt frustrerande med möten mellan människor.... men oftast stimulerande och fullt med liv.
4. KBT är för mig ett sökande efter evidens kring hur människan fungerar och hur vi kan påverka hennes reagerande och agerande och samtidigt ta hänsyn till i vilken miljö hon befinner sig i.
5. För mig innebär KBT en teori och som hjälper mig att förstå mänskligt beteende i olika situationer och sammanhang. Med hjälp av teorin och analysmetoderna får jag också hjälp med att se vad som behövs och vad som kan förändras. Hur man sedan skall gå tillväga för att förändra är starkt knutet till empiri där man väljer beprövade metoder och man intar dessutom ett utvärderande förhållningssätt till de egna insatserna.
6. KBT är att skapa sig ett bättre liv genom att göra det man mår bra av istället för att göra det man känner för!
7. KBT för mig är hopp, bevisat effektivt, alltid under prövning, empatiskt, världsförbättrande.
8. Tillämpning av beteendeterapi inom en kognitiv kontext. Den kognitiva kontexten visar sig nu i studie på studie ge bättre utfall och färre avhopp än en beteendeteoretisk kontext.
9. KBT? När jag arbetar: evidens (d v s mäta beteendeförändringar), etik, jag ansvarig för interventioner, operant/funktionell, kontextuell, ökning av beteenderepertoar, leverera mätbara resultat, mod och värme. Som term eller teoretiskt är det en samling metoder från kognitiv och behavioristisk terapi som är utvärderade mot olika diagnoser – alltså ingen teori (förutom en del mentalistiska förklaringsmodeller).
10. En trygg plattform av evidensbaserade principer som är ett mycket bra kliniskt instrument när det gäller att möta individen och dess problem/situation.
11. He he... KBT är tre bokstäver som i sig inte betyder ett dyft, tyvärr... För mig är KBT beteendeterapi som har adopterat tekniker för att arbeta med kognitioner av andra teorimodeller. Är mycket skeptisk till att

KBT ska kunna vara ngt annat än antingen kognitiva teorimodeller med beteendeinslag eller beteendeterapi med kognitiva inslag. Pga stora filosofiska och teoretiska olikheter kommer ingen gemensam teorimodell att kunna etableras. Modellerna kommer att gå skilda vägar igen...

kognitiv psykologi. Där man arbetar med att analysera och hitta funktionen av klientens beteenden och tankar för att utifrån detta hjälpa klienten att hitta och lära sig att tillämpa andra alternativa strategier som leder till de mål formulerats.

12. **Beteendefokuserad inlärningsterapi** där tankar, känslor och fysiologi har en bärande kompletterande inverkan. **”Öppen agenda; delgiven analys, gemensamt formulerade mål ”**
13. För mig är KBT ett paraplybegrepp som innefattar olika teoretiska och tekniska skolbildningar där viljan att bedriva bästa möjliga behandling utifrån aktuell forskning är det som förenar de olika skolbildningarna och aktörerna inom KBT-traditionen. För mig symboliserar även KBT en öppenhet mot klienten och samhället kring vad man gör och varför samt ett kritiskt granskande av den egna metodens styrkor och svagheter. Som KBT:are eller beteendeterapeut är det även viktigt att jag och klienten samarbetar och att vi båda aktivt bidrar till utfallet, vilket enligt min mening gör att vi inte har en uppdelning mellan expert och hjälpsökande.
14. KBT handlar om att se till individens samspel med sin miljö istället för att leta problem eller orsaker inuti individen. Om vi kan ge individen verktyg att förbättra sitt samspel med sin miljö kommer detta att leda till ökad livskvalitet vilket väl måste vara huvudsyftet med en terapeutisk behandling. **”Kombination av kognitiv teori och inlärningsteori (som filosofiskt inte går ihop)”**
15. Det finns tre typer av psykologer
De psykologer som agerar
De psykologer som ser på när andra agerar
De som undrar vad som hände..
Gissa vilka KBT-psykologerna är???
16. Evidensbaserad behandling som baseras på inlärningspsykologi och till viss del
- Sen det sedvanliga:
- Bygger på ett aktivt deltagande från både klient och terapeut
- Fokuserar på hur problemen yttrar sig här och nu
- Klienten arbetar mellan sessionerna
- Öppenagenda; delgiven analys, gemensamt formulerade mål etc.
17. KBT är samlingsbegrepp för terapier där kognitiva och beteendearbetade teorier och metoder integreras för att åstadkomma acceptans och förändringar som hjälper individen övervinna sina svårigheter, utvecklas som person och leva som hon/han vill. Ramen för integrationen kan ibland vara mer åt det inlärningsteoretiska perspektivet, eller det kognitiva. Kännetecknande för KBT är dess empiriska förankring och evidensbas, vilket gör den föränderlig och dynamisk.
18. ” Associationsleken alltså...och jag får både positiva och negativa associationer:
- Empiriskt förankrade komponenter.
- Kombination av kognitiv teori och inlärningsteori (som filosofiskt inte går ihop).
- Målstyrning.
- Öppet samarbete.
- Aktionsorienterat.
- I ständig utveckling tack vare total dominans inom den kvantitativa forskningen.
- Ibland för starka anspråk på effektivitet.
- En betoning av metodens innehåll och form som ibland sker på bekostnad av kontextuella variabler.

- Trots bristerna den bästa ansatsen att hjälpa människor att klara av vardagen.
19. För mig - spontant - är KBT en behandlingsform som baseras på inlärningspsykologi med tillägg av något sätt att förhålla sig till kognitioner (Acceptans/ACT eller kognitiv å la omtolkningsprinciper...). KBT införlivar dessutom evidensbaserade metoder/tekniker som komplement även om dessa ej behöver exakt härledas ur inlärningspsykologiska principer.
20. KBT är för mig en behandlingsform/förklaringsmodell som vilar på inlärningspsykologin, den är pragmatisk och i ständig utveckling. För mig är grunden BT och K är ngt som kommit till och är svårt att få ihop vilket gör att jag numera betonar det allt mindre. Men det är också detta som gör KBT så tilltalande, teorin är under ständig utveckling och pragmatismen gör att interventioner ständigt anpassas till det som fungerar och har effekt. Om de kognitiva teknikerna utvecklas och om de går att förklara utifrån inlärningspsykologin samt om de via kontrollerade studier kan bevisas vara effektiva kommer jag gladeligen lära mig och tillämpa dessa tekniker. Och det är detta KBT är för mig, att ständigt utvecklas.
21. Klurig fråga, men jag tänker så här om KBT: Forskningsbaserad metod
Funkar!
Ständigt i utveckling
Starkt individualiserad
Utvärderas hela tiden
Metod förankrad i teori
Ser hela människan i sin kontext
22. KBT är: Ett strukturerat sätt att förstå en annan människa, med hänsyn till dennes biologi, historia och framförallt nuvarande situation, med hjälp av beteendeanalysen. Denna förståelse visar sig i min förmåga att hjälpa en annan människa att förändra sitt beteende, i ordets vida bemärkelse, för att minska lidande och uppnå ett bättre liv. Som terapiform betraktad, ser jag KBT som ett samarbetsprojekt som bedrivs med respekt, nyfikenhet och gediget kunnande om en individs samspel med sin miljö. Som terapeut måste jag se till att hålla mig uppdaterad med områdets utveckling, i teori och behandlingsforskning samtidigt som jag ständigt måste utveckla min förmåga att möta, förstå, uppmuntra och stödja mina klienters strävan till förändring.
23. KBT för mig är ett sätt att analysera mänskliga beteenden i alla former. Det är med mig ALLTID i livet. D v s det är mer än en teori för mig, det är en livsfilosofi i linje med den naturvetenskapliga.
24. För mig innebär KBT en teori och som hjälper mig att förstå mänskligt (och för all del andra varelsers) beteende i olika situationer och sammanhang. Med hjälp av teorin och analysmetoderna får jag också hjälp med att se vad som behövs och vad som kan förändras. Hur man sedan skall gå tillväga för att förändra är starkt knutet till empiri där man väljer beprövade metoder och man intar dessutom ett utvärderande förhållningssätt till de egna insatserna.

Johan Holmberg, Liv Svirsky och Sara Widén

Komma på Bättre Tankar

Handbok i KBT med kognitiv inriktning

Grundläggande teori och 131 övningar

20 sessioner

ABC i KBT – en uppslagsdel

- Kursbok på KBT Steg- I-utbildningar
- Självhjälpsbok
- Inspirationskälla för legitimerade psykoterapeuter

Framställningen är klar och pedagogisk med stora utrymmen för egna anteckningar. Bok –och bibliotekstjänst

Jag tror också att den kan vara bra att låna ut till patienter för att få en introduktion i behandlingen. Sokraten

Läsaren får vägledning i hur man med tankens kraft kan vända på invanda känslomässiga reaktionsmönster. Vårdfacket

Läsvärd bok som undervisar på en djup nivå, men samtidigt på ett lätt och tilltalande sätt. Bör finnas på våra kliniker. Rekommenderas varmt. Xerxes

Författaren Åsa Palmkron Ragnar är kognitiv steg I-terapeut och överläkare vid Lunds Universitetssjukhus. Hon har lång pedagogisk erfarenhet.

Beställningar: www.palmkrons.com Läs provkapitel på: www.kbtterapi.se

OCD-Centret KOGNITIV BETEENDETERAPI

OCD-Centret är ett behandlingshem som ligger i centrala Uppsala. Vi tar emot individer som lider av tvångssyndrom (OCD) för behandling med KBT. Vår behandlingssamordnare har Steg-I kompetens i KBT och behandlingspersonalen får kontinuerlig utbildning och handledning av vår behandlingsansvarige Sandra Bates, psykoterapeut med lång erfarenhet av tvångssyndrom.

För mer information kontakta:

Föreståndare Bodil Olsson eller Behandlingssamordnare Nadeschda Grimnell Blank på 018-50 01 18 eller sök mer information på www.OCD-Centret.se

Beteendeterapi och kognitiv terapi hör ihop

Nils Norrsell har skrivit följande insändare där han påpekar språkets viktiga roll vid motivationsarbete.

På 1970-talet fick man vid psykologiska studier i beteendeterapi lära sig att mellan stimulus och respons fanns en s.k. black box, vars processer man inte med säkerhet kunde veta något om. Samma inlärningsprinciper antogs gälla för såväl människor som djur. Det stämmer säkert men det finns en avgörande skillnad. Människan har ett språk och därmed möjlighet att utveckla tankar och föreställningar, som kan påverka känslolivet och beteendena.

Vare sig en terapeut arbetar med beteendeterapi eller med kognitiv beteendeterapi används språket för att förklara inlärningsprinciper och för att motivera patienten att göra det som behövs för om- och nyinlärning. Motivation skapas genom en kombination av kognitiva och emotionella faktorer.

Människor kan, till skillnad från djur förmås

att själva ta ansvar för att utveckla ett flexibelt tänkande och att välja önskvärda beteenden. Dock krävs det motivation för att göra detta. Den modell som presenteras är avsedd att skapa motivation, dvs. en psykologisk drivkraft som utgår från kognitioner. Detta gäller oavsett om modellen är beteendeterapeutisk eller kognitiv.

Beteendeterapi och kognitiv terapi samverkar. Vare sig man lägger tonvikten på det ena eller andra bör man inse att terapeutisk framgång har mycket med motivation att göra. Våra patienter söker kanske inte i första hand en terapi som de associerar till råttförsök ad modum Skinner. De brukar efterfråga KBT. Av ovanstående skäl tycker jag att vi ska ha med bokstaven K i vår förenings namn.

Nils Norrsell

SKRIV I BETEENDETERAPEUTEN!

I varje nummer lottas en vinnare av en valfri "endags" BTF-workshop bland alla skribenter och fotografer.

Vinnare i detta nr är:

Billy Larsson

Grattis!

Manusstopp för nästa nummer av Beteendeterapeuten:

10 aug

Skicka ditt bidrag till:

maria.bragesjo@gmail.com och I_daniela@hotmail.com

Brinner för OBM

Organizational behavioural management (OBM) är en metod med grunden i beteendeanalys. Den ger ett beteendeperspektiv på medarbetarna och tillhandahåller konkreta verktyg för att förstärka önskade beteenden.

David Blank, civilekonom och snart utexaminerad psykolog planerar just nu sin examensuppsats där han ska studera utfallet av en OBM-intervention i en organisation. David har en bakgrund som civilekonom från Handelshögskolan i Stockholm, och arbetade som managementkonsult i flera år på Accenture, innan han sadlade om till psykolog. Beteendeterapeuten fick ett samtal med honom som handlade om beteendeanalys i arbetslivet. -Jag visste tidigt att jag ville gå med KBT-inriktning. PDT-psykologer som jobbar med organisationspsykologi jobbar ibland för långt ifrån målet. Visst finns det jättebra gruppövningar som man kan låna från PDT men jag ville arbeta direkt med människors beteenden.

Grunden i beteendeanalys

OBM har grunden i beteendeanalys och syftet är att påverka människors observerbara beteenden. Först så gör man tillsammans med uppdragsgivaren en problemanalys vilket i själva verket är en beteendenanalys, och definierar målen. Enligt David Blank är många chefer idag stressade och fokuserar mycket på vad som behöver göras här och nu. Beteendeanalys kan hjälpa dem bli mer effektiva.

-Vad är det som är viktigt i exempelvis ett serviceföretag? Säger David Blank. Förmodligen både ekonomi och kvalitet på deras tjänster. Vilka nyckeltal, som medarbetarna kan påverka, kan du då koppla till dessa områden? Efter problemanalysen följer att man utarbetar en struktur som man sedan följer väldigt tydligt, med definierade önskvärda beteenden, och kanske checklistor som mäter dessa, samt observationer. Medarbetarna blir glada när de vet vad som förväntas av dem, och att det blir en konsekvent uppföljning.



David Blank - .

Kreativitet kring förstärkare

Kontinuerlig feedback är också en viktig del i OBM. Det gäller att vara kreativ och identifiera förstärkare för medarbetarna. Innan ett önskvärt beteende är etablerat ska man ge en belöning varje gång, och sedan intermittent. - Man behöver inte börja med att dela ut en bonus som vissa chefer gör, det kanske räcker med att sätta fokus på och arbeta med medarbetarnas beteende. Det finns en del solid evidens rörande ”behavioural-based safety”, det vill säga att använda beteendeanalys som grund för att öka säkerheten. När det gäller forskningsartiklar är en tidning ledande inom området: Journal of Organizational Behavior Management. David Blank saknar dock långsiktiga uppföljningar av de studier som finns: - Det är väldigt snäva studier. Vad händer i hela organisationen efter en intervention, t ex med

”Medarbetarna blir glada när de vet vad som förväntas av dem”

trivseln? Ofta kan man pressa ut saker ur en organisation på kort sikt, men med risk för negativa konsekvenser på lång sikt.

Det planerade examensarbetet ska bli en OBM-inspirerad intervention med före- och eftermätning. David Blank har inte bestämt sig för riktigt vad han ska studera, men hans tankar går till att studera riskbeteenden i byggbranschen, till exempel hur många medarbetare som börjar använda hjälm efter en intervention? Det finns dock en del externa faktorer som kan påverka, som till exempel vädret: blir man svettig är det mer sannolikt att man tar av sig kläderna och då kanske även hjälmen.

En framgångsrik chef

Hur mycket är då en ledningsfråga i medarbetarnas beteenden? Man kan ju försöka påverka medarbetare in absurdum men om inte chefen är med på tåget blir det ju inget.

Judith Komaki har forskat om ”leadership from an operant perspective”. Hon har observerat chefer och

har försökt finna samband mellan vissa beteenden och framgångsrika chefer. David Blank berättar om två saker hon funnit som skiljer en framgångsrik chef från en mindre framgångsrik sådan: 1) Att chefen utövar ett närvarande ledarskap och ”monitorerar”, dvs studerar vad medarbetarna gör. Antingen genom att direkt observera medarbetaren i sitt arbete eller genom att observera resultatet av arbetet. 2) Att medarbetarna får konsekvenser av sitt arbete, gärna positiva, vilket ju också förutsätter att chefen vet vad de håller på med.

- Jag brinner för OBM! avslutar David Blank. Det är förstärkande för mig att det både höjer effektiviteten i företag och att folk mår bättre.

Jelena Brdaric

Hallå där!

Tips!

Idéer!

Uppslag!

Bilder!

Artiklar!

Allt som du tror andra i BTF skulle vilja läsa om tages tacksamt emot av Redaktionen!

Stödet för psykodynamisk terapi

Forskningsstödet för olika psykoterapiformer har blivit alltmer uppmärksammat under senare tid. Att stödet för KBT-terapi är bättre än för psykodynamisk terapi har uppfattats som självklart. Den uppfattningen har dock ifrågasatts av den psykodynamiska psykologen och psykoterapeuten Peter Ankarberg, som blivit flitigt förekommande i sammanhang som har med vetenskapligt stöd för psykoterapi att göra.

Ankarberg är en skicklig skribent som skapar ett imponerande intryck genom att underbygga sina påståenden med en mängd referenser. Samtidigt avviker det han påstår i betydande grad från vad som hävdas i internationella forskningsöversikter såsom *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Lambert, 2004) och *What Works for whom?* (Roth & Fonagy, 2005). Frågan infinner sig: kan det vara så att Ankarberg har skaffat sig en bättre förståelse för psykoterapiforskningens rön än vad världens främsta experter på området har - människor som ägnat decennier åt detta område - eller ligger det en hund begravnen här?

När Ankarberg i *Insikten* nr 4/05 skrev att stödet för psykodynamisk terapi var starkt blev jag förvånad hur han kunde påstå något sådant. Jag beslöt mig för att titta närmare på hans referenser. Jag häpnade då över hur ofta det som stod i Ankarbergs artikel inte hade täckning i de referenser han hänvisade till. Därför skrev jag skrev ett inlägg i en vänligt hållen ton till *Insikten* och trodde att Ankarberg skulle vara beredd att i vart fall ta bort sakfelen från sin artikel. Ankarberg medgav bara en del av sina misstag, och skruvade upp tonläget i sina svar (*Insikten* 4/05, 2/06). Efter debatten med mig har Ankarbergs artikel, som finns utlagd på Riksföreningen PsykoterapiCentrums hemsida, uppdaterats. Fler överdrifter och felaktiga siffror har där tagits bort än de som Ankarberg tidigare vidgått, men nya påståenden och referenser har tillkommit, som i sin tur rymmer nya felaktiga påståenden.

Eftersom Ankarbergs artikel finns på RPC:s hemsida får artikeln prägel av något som svenska

psykodynamiska terapeuter står bakom som grupp. Det är lätt att förstå att psykodynamiker vill visa att det finns stöd för terapiformen. Samtidigt får inte faktafel, felaktigt utnyttjande av referenser och citatförvanskning användas för att framhålla den egna terapiformen som mer empiriskt understödd än vad den är. En saklig debatt mellan olika organisationer för psykoterapeuter är värdefull, men försvåras om RPC stödjer en artikel som inte lever upp till grundläggande krav på en forskningsöversikt. Jag vill därför försöka visa hur illa ställt det är med Ankarbergs artikel, nämligen att han systematiskt felanvänder sina referenser och därmed förvanskar forskningsresultat på ett sätt som inte hör hemma i en seriös diskussion om psykoterapiforskning. Det är därför bara skenbart som Ankarbergs artikel är en forskningsöversikt genom att ha en sådan form, den karaktäriseras bättre som en propagandaskrift än som en sammanställning av forskningsläget om PDT (psykodynamisk terapi). Genom att denna artikel också publiceras i *Sokraten* (SFKBT: s tidskrift) kommer den även att bli tillgänglig på Internet, via *Webbsokraten*. Förhoppning är att därmed kommer även RPC att ta del av innehållet och inse det allvarliga i att ställa sig bakom en artikel som innehåller så många oriktiga påståenden som Ankarbergs artikel gör, och att det därmed kan skapas förutsättningar för en konstruktiv dialog mellan olika organisationer för psykoterapeuter. För det är svårt att tro att RPC kan få respekt från organisationer som SFKBT eller BTF så länge man har Ankarbergs artikel på sin hemsida. Referenserna här är till den version av Ankarbergs artikel som finns på nätet, uppdaterad 070204.

Det finns duktiga psykodynamiker i den

internationella debatten om psykoterapi som Drew Westen och Peter Fonagy. Men Ankarberg kan inte, till skillnad från dessa personer, ingå i en seriös debatt om psykoterapiforskning. Det beror på att han vare sig iakttar de regler som gäller för saklighet i en debatt, eller använder sig av de begrepp och metoder som är vedertagna när det gäller att tolka forskningsresultat. Vanligen är artiklar i ämnet psykoterapiforskning publicerade i en tidskrift som använder en fackgranskare för att se till publicerade bidrag håller hög forskningsmässig kvalitet. Så är inte fallet med *Insikten*, och Ankarberg har i *Insikten* nr 2/06 klargjort att han inte vill försöka få sin artikel antagen i en tidskrift som använder sig av en expertgranskare. Genom att artikeln inte är granskad av en områdesexpert kan Ankarberg avvika från de principer som är etablerade för hur en översiktsartikel om psykoterapi ska vara utformad. För att kunna ingå i en seriös debatt om stödet för psykoterapi hade Ankarberg behövt använda sig av principer som borde var självklara såsom att:

1. *Skilja mellan statistisk signifikans och klinisk signifikans för att kunna utvärdera hur effektiv en viss behandlingsform är.* Det har varit känt i flera decennier att psykoterapi ger en statistiskt signifikant effekt, d v s att skillnaden mot en jämförelsegrupp med stor sannolikhet inte är slumpmässig. Men att en behandling är statistiskt signifikant är inte så intressant. Om en person är djupt deprimerad och får behandling, kan behandlingen leda till att patienten blir förbättrad i större grad än en jämförelsegrupp, men det utesluter inte att patienten fortfarande är deprimerad. Det är där den mer väsentliga kliniska signifikansen kommer in. Den innebär att förändringen inte bara ska vara statistiskt signifikant utan också i hög grad göra så att patienten blir påtagligt bättre, och allra helst ”botad”, d v s inte uppfyller diagnoskriterierna längre. Ska man hävda, som Ankarberg gör, att en behandling har god effekt måste man därför påvisa att effekten är så omfattande att den är kliniskt signifikant.

Denna princip bryter dock Ankarberg mot. Ibland redovisar Ankarberg effektstorlekar för hur effektiv en behandling kan vara, och han framhåller någon gång att ett resultat är kliniskt signifikant, och det är bra. Men för att kunna driva sin tes att PDT,

eller psykodynamisk korttidsterapi (PDKT) som Ankarberg ofta kallar det, har ”god effekt” tvingas han karaktärisera alla för PDT statistiskt signifikanta positiva resultat som tecken på ”god effekt” oavsett hur litet resultatet är. När Ankarberg hänvisar till Cochrane rapporten (Abbass et. al., 2006) påstår han att den visar att ”PDKT har god effekt och att den är bestående även vid långtidsuppföljningar” Vad står det då i den refererade rapporten? Jo, att PDKT ”shows promise, with modest to moderate, often sustained gains for a variety of patients.” (a.a., s. 1).

Det är illa nog att Ankarberg tar bort ordet ”often” för att skapa intrycket att PDKT har en bättre varaktighet än vad författarna själva anser. Men helt orimligt blir det när Ankarberg hänvisar till att rapporten skulle visa att PDKT ”har god effekt” när det rör sig om statistiskt signifikanta resultat som är ”blygsamma eller måttliga”.

Här har vi ett exempel på att Ankarberg så gärna vill övertyga sina läsare om hur omfattande stödet för PDT är att han inte bryr sig om vad som står i den refererade artikeln. När Ankarberg påstår att ett resultat är ”gott” kan det alltså i artikeln han hänvisar till stå snarare det motsatta, att stödet är ”blygsamt eller måttligt”.

2. *Referera till minst två oberoende studier för att kunna påstå att stödet för en viss terapi ska vara i närheten av att ha ”starkt stöd”.* Kravet på att ett resultat ska ha replikerats används såväl av de forskare som sökt kartlägga så kallade EST:s (empirically supported therapies), som av Roth and Fonagy (2005), och av SBU i Sverige. Det beror på att det är troligare att ett resultat i en studie kan vara korrekt om det har upprepats i en annan, oberoende studie. Om det bara finns en studie att åberopa som stöd för effektiviteten av en terapiform påtalar därför seriösa forskningsgranskare det osäkra underlag man har för att påstå att behandlingen är effektiv. Men denna försiktighetsprincip tillämpar inte Ankarberg. Trosvisst påstår han istället att PDKT har goda resultat vid bl. a. post partum depression, generaliserat ångestsyndrom, övervikt, kronisk smärta, funktionell dyspepsi, kroniskt magsår och specifik fobi, trots att han bara har en studie för varje diagnos att åberopa (i fallet specifik fobi via

två referenser till samma studie).

3. *Bedöma kvalitén på de studier man refererar till.* Med psykoterafiforskningens utveckling har kraven på vad som ska vara en bra studie hela tiden ökat. Därför är det en självklarhet att den som granskar stödet som finns för en viss behandling också måste göra en värdering av kvaliteten på de studier man åberopar. En sådan aspekt kan vara att söka bedöma en studies "power" vilket innebär att försöka få en uppfattning om möjligheterna att i en jämförande studie upptäcka en skillnad mellan två behandlingsformer, om det finns en verklig sådan skillnad. Många studier som jämför två behandlingsformer har så få deltagare att det är svårt att upptäcka en skillnad, även om en sådan skulle finnas. En sådan begränsning hos en studie och andra svagheter tas upp i seriösa översikter om psykoterafiforskning.

Ankarberg bryter dock mot denna princip genom att i sin artikel aldrig göra några överväganden om kvaliteten på de studier han refererar till. Det är desto mer anmärkningsvärt då forskarna i de refererade studierna ofta själva ser brister i de egna studierna. Ankarberg däremot nämner aldrig några brister i de studier han åberopar. Med tre intressanta undantag. En gång påstås att några studier är av "låg kvalitet" och två gånger ser han "problem" i de studier han granskar. Har då dessa tre gånger något gemensamt? Jo, alla handlar om studier där KBT-terapi har fått ett bättre resultat än en PDT-terapi. I det första fallet gällde det tre depressionsstudier, i det andra fallet rörde det sig om två studier om bulimi, och i det tredje fallet om en nyligen publicerad studie som jämför schemafokuserad terapi med Kernbergs överföringsfokuserade terapi. En studie kan förstås alltid ha brister. Ankarberg anför ca 90 referenser som stöd för effekten av PDT. De flesta av dessa referenser finns med i den seriösa forskningsöversikten i Roth and Fonagy (2005). Där påtalas ofta olika brister, men Ankarberg däremot har inte en enda kritisk synpunkt på de artiklar som han refererar som stöd för PDT. Att bara komma med kritiska synpunkter när det gäller de resultat som är till PDT:s nackdel leder till en ytterst vinklad redogörelse. Det är svårt att ge någon annan förklaring till detta än att Ankarberg på förhand har bestämt sig för vad han vill komma

fram till: stödet för PDT är starkt, (således finns det inga invändningar att göra mot studier som går att tolka så), och inga terapier kan vara bättre än PDT (därför måste sådana resultat bortförklaras). En seriös granskare av forskning på ett område skulle däremot inte på förhand bestämma sig för vad han/hon ska komma fram till.

4. *Skilja mellan om det är den standardiserade formen av psykoterapin som har fått stöd i en studie, eller om det är en speciell variant av terapiformen.* Både KBT och PDT kan idag sägas vara paraplybegrepp som under sig rymmer ett antal olika terapier, som kan vara rätt olika sinsemellan. Därför är det viktigt att peka ut vilket terapeutiskt upplägg som fått stöd i en viss studie, och inte hävda att det är KBT eller PDT i allmänhet som fått stöd. Om man utifrån en studie av DBT (dialektisk beteende terapi) för borderlinepatienter, drar den generella slutsatsen att "KBT har visat sig vara effektivt vid personlighetsstörningar" gör man sig skyldig till två övergeneraliseringar. För det första är det inte KBT i allmänhet som fått stöd i studien utan en speciell form av KBT. För det andra är det inte heller för personlighetsstörningar i allmänhet som DBT har visat sig vara effektiv, utan för en specifik personlighetsstörning.

Att skilja ut vilken variant av terapiformen som fått stöd bryter Ankarberg ofta emot, t ex när han hävdar att PDT "har visat sig vara en effektiv behandling för patienter med personlighetsstörningar." Det är bara genom att använda sig av de ovan nämnda två formerna av övergeneralisering som Ankarberg kan stötta upp sin tes om det starka stödet för PDT. En rimlig beskrivning hade istället varit att "Vid en del personlighetsstörningar har vissa former av PDT visat sig ha effekt."

När det gäller personlighetsstörningar finns det stöd för att PDT-varianter kan vara effektiva vid borderline personlighetsstörning, samt ett visst stöd för effekten vid diagnoserna i kluster C i DSM-systemet. Det saknas däremot randomiserade studier av PDT vid paranoid, schizoid, schizotyp, anti-social, histrionisk och narcissistisk personlighetsstörning. Visserligen hänvisar Ankarberg till den metaanalys som gjorts av Leichsenring och Leibing (2003) när det gäller anti-social personlighetsstörning. Men den i metaanalysen refererade studien där

personer med anti-social störning var inblandade, gällde en jämförelse av olika behandlingsformer för personer med opiatberoende, där de samtidigt hade andra tilläggsdiagnoser (Woody et. al., 1985). Resultatet blev att "Those with opiate dependence plus antisocial personality disorder alone improved only on ratings of drug use" och "Antisocial personality disorder alone is a negative predictor of psychotherapy outcome." (a. a., s. 417). Denna referens dokumenterar således inte att PDT är effektivt vid anti-social personlighetsstörning, utan den dokumenterar motsatsen.

Eftersom det bara finns stöd för PDT vid en minoritet av personlighetsstörningsdiagnoserna kan man alltså inte dra slutsatsen att PDT generellt är effektivt vid personlighetsstörningar. Dessutom är det inte sedvanlig PDT som fått stöd, utan specifika och integrativa terapier med psykodynamiskt ursprung.

När det gäller borderline återoppar Ankarberg en studie av Bateman och Fonagy (2001). Den studien gällde det som numer kallas mentaliseringsbaserad terapi, MBT. I denna terapi är patienterna delvis inläggande och inriktningen är på att utveckla det som upphovsmännen senare har kommit att kalla för patienternas mentaliseringsförmåga. Behandlingen består av: (1) en timmes individuell psykoanalytisk psykoterapi/vecka, (2) en timmes analytisk gruppterapi var tredje vecka, (3) en timmes expressiv terapi/vecka med inriktning på psykodrama (4) samt "community meeting" en timme/vecka (Bateman & Fonagy, 1999). Detta kan säkert vara utmärkt psykoterapi, men det är omöjligt att utifrån en så omfattande och integrativ terapi dra slutsatsen att PDT är effektivt vid borderline. För det är inte PDT i allmänhet som fått stöd i studien utan just MBT.

Detsamma gäller Ankarbergs påstående att PDT är effektivt vid störningarna i kluster C. Den studie som då återoppar är av Svartberg et. al. (2004). Terapin som används i studien tar sin utgångspunkt i Malans korttidsterapi, men den manual som har använts i studien (McCulloch Vaillant, 1997) visar att terapin är det som senare har kommit att kallas för APT, affect phobia therapy, (McCulloch & Andrews, 2001, McCulloch, et. al., 2003). Att det är

denna terapiform som studien utvärderar framgår av McCulloch et. al. (2003), s. 2. Man arbetar i terapin till stor del utifrån Malans välkända trianglar om konflikter, men fokuserar starkt på patientens känslor. Därutöver har man anspråk på att integrera aspekter från såväl beteendeterapi, kognitiv terapi, självpsykologi/rogeriansk terapi och gestalt-upplevelseinriktade terapier. Texten tillåter manualen att rollspel används och vissa inslag påminner om hur man i kognitiv terapi kan arbeta med patientens negativa tankar. Att det finns stöd för att denna integrativt orienterade terapi är effektiv vid störningarna i kluster C kan därför inte användas för att påstå att PDT i allmänhet är effektivt vid störningarna i kluster C.

De andra studier som Ankarberg anför när det gäller personlighetsstörningar är antingen inga randomiserade studier, eller innefattar blandningar av olika diagnoser, varför det inte är möjligt att dra några slutsatser om någon PDT-terapi kan vara effektiv vid andra diagnoser än de nämnda. Det är alltså missvisande att generellt påstå att PDT är effektivt vid personlighetsstörningar. Vid vissa personlighetsstörningar finns det däremot former av PDT som har uppnått lika goda resultat som KBT-terapi.

Men det är inte bara vid personlighetsstörningar som Ankarberg drar generella slutsatser om värdet av PDT utifrån specifika former av denna terapi, utan detta är en genomgående svaghet i hans framställning. Ett ytterligare exempel är när Ankarberg hävdar att PDT är en "effektiv behandling vid bulimi." De två studier han då anför jämför KBT med i det första fallet något som kallas STP, Short-term fokal psychotherapy (Fairburn, et. al., 1986), i det andra fallet en terapi som kallas Supportive-expressive therapy (Garner, et. al., 1993). Den första av dessa terapier utformades speciellt för den studien, och den andra terapin bedrevs utifrån en manual skapad av den psykodynamiskt orienterade terapiforskaren Lester Luborsky, kompletterad med specifika synpunkter om ätstörningar från PDT-teoretiker. Terapin i dessa två studier var alltså inte vanlig PDT-terapi utan det var terapier som var speciellt inriktade på ätstörningsproblematiken. Samtidigt visade det sig i bägge studierna att utfallet var till KBT-terapiernas

fördel. Detta skapar dock problem för Ankarberg eftersom han verkar utgå från att ett sådant resultat måste vara fel. Rimligen kunde då Ankarberg hävda en av följande ståndpunkter.

Antingen att dessa terapier är representativa för PDT, och då kan han komma med det positiva budskapet att det finns dokumentation av att PDT har effekt vid bulimi. Samtidigt får då Ankarberg bita i det sura äpplet att det också finns dokumentation av att KBT kan vara bättre än PDT vid bulimi. Alternativt kan Ankarberg hävda det andra budskapet som han vill få fram, att KBT inte är påvisat bättre än PDT vid bulimi, med motiveringen att de PDT-terapi som använts i dessa studier inte är representativa för PDT eftersom de är alltför speciella former av denna terapi. Men då får å andra sidan Ankarberg bita i det sura äpplet att det inte finns något stöd för att PDT i allmänhet är effektivt vid bulimi. Så vad väljer då Ankarberg? Jo, det märkliga är att Ankarberg väljer att ha bägge uppfattningarna samtidigt! Å ena sidan refererar han till dessa studier för att dokumentera att PDT är effektivt, å andra sidan försöker han underkänna att KBT fick bättre resultat genom att framhålla att terapierna inte är representativa för PDT. Därefter antyder han att om terapierna hade varit vanlig PDT-terapi så hade nog resultaten varit lika bra som för KBT. Om det vet förstås Ankarberg ingenting. Det motsatta kan lika gärna gälla: att sedvanlig PDT hade fått sämre resultat än dessa specifikt ätstörningsinriktade varianter av PDT-terapi. Denna brist på logik visar hur Ankarberg har två förutbestämda uppfattningar som styr hans analyser: stödet för PDT är starkt, och en KBT-terapi är aldrig bättre än en PDT-terapi. När han angående bulimi egentligen måste välja bort en av dessa två uppfattningar vägrar han det, och får därför göra den logiska kullerbyttan att både lyfta fram och underkänna sina bulimi-referenser på en och samma gång.

Dessutom, när Ankarberg ska försöka få det till att de använda dynamiska terapierna är sämre än vanlig PDT påstår han att terapeuterna i dessa terapier skulle "undvika direkta diskussioner om ätande och vikt" till skillnad från i "vanlig PDKT". Men det stämmer inte. I STP-terapien gällde att "particular attention was paid to the events and feelings which provoke episodes of overeating....To facilitate

recall and discussion of such episodes, patients were asked to record their eating habits and the circumstances under which overeating occurred. (Fairburn, et. al., 1986. s. 632).

Ett ytterligare exempel på hur nonchalant Ankarberg är när det gäller vilken terapiform som fått stöd är hans hävdande av att PDKT har god effekt vid posttraumatisk stress. Han hänvisar då till Brom et. al. (1989). I det fallet rör det sig om en för denna problematik speciellt utformad behandling, utarbetad av Mardi Horowitz, grundad på en kombination av kognitiva stressteorier och psykoanalytisk teori. Överlag är det alltså diagnosspecifika behandlingsupplägg av PDT som är framgångsrika, fast Ankarberg använder dem till att dra slutsatsen att det är PDT i största allmänhet som har "starkt stöd".

5. *Vara noggrann med att det som påstås med hänvisning till en referens har täckning i referensen.* Detta är en genomgående brist hos Ankarberg, men några exempel får räcka. Ett är hur Ankarberg underbygger sitt påstående att PDT "visar goda resultat vid anorexia nervosa". Han refererar bl. a. till en studie av Dare et. al. (2001). Av studien framgår att familjeterapi och "fokal psykoanalytisk terapi", uppvisade en signifikant skillnad gentemot en kontrollgrupp. Eftersom "more than two-thirds remained abnormally underweight at the end of the treatment", var den kliniska signifikansen inte stor. Författarna själva karakteriserar därför resultatet som "modest" och som "relatively poor outcome of the majority of patients". Ankarberg använder alltså inte referensen som man ska - att ge en hänvisning till var den intresserade läsaren kan läsa mer om de "goda resultaten". Det blir inte möjligt eftersom författarna själva inte anser sig ha några "goda resultat" att uppvisa, utan bara blygsamma. Ankarberg utnyttjar alltså referensen till att förleda sina läsare att tro att det står något i referensen som inte står där, vilket en seriös författare av en forskningsöversikt inte skulle göra.

Ett annat exempel på Ankarbergs refereringsteknik är hur han redogör för den studie som jämfört Youngs schemafokuserade terapi (SFT) med Kernbergs överföringsfokuserade terapi (IFP). Ankarberg konstaterar att SFT-patienterna hade

signifikant mindre symtom efter tre år jämfört med TFP-patienterna. Samtidigt fokuserar han på att fler patienter i TFP-gruppen avbröt behandlingen efter ett år och avslutar sitt referat med: ”För de patienter som stannade längre än ett år i terapi var således behandlingsresultaten likvärdiga oavsett metod.” Därmed skapar Ankarberg ett intryck hos läsaren att studien utmynnar i att de två jämförda terapierna var lika bra, d v s att studien faller inom ramen för Ankarbergs allmänna budskap att en KBT-terapi aldrig är bättre än en PDT-terapi. Men var detta artikelns huvudbudskap? Nej, absolut inte. Slutsatsen i abstract är att ”STF is more effective than TFP for all measures.” Och artikeln utmynnar i: ”In conclusion, this study contributes to a positive treatment perspective for BPD by lending support to STF as a valid evidence-based practice.” (a.a., s. 657). Genom att göra artikelns huvudbudskap till något underordnat i sitt referat, och istället lägga sitt eget fokus på en detalj i framställningen, vilseleder Ankarberg läsaren om studiens resultat, på ett sätt som en fackgranskare av Ankarbergs artikel knappast hade accepterat.

6. *Vid citatanvändning, se till att citatet återger ståndpunkten hos den man citerar.* Man får inte låna prestige åt en uppfattning som man själv har, genom att använda en citeringsteknik som gör att det ser som att den man citerar delar den egna övertygelsen, när så inte är fallet. Denna princip bryter Ankarberg emot när han hävdar att det saknas säkra belegg för att någon etablerad terapiform är bättre än någon annan. Han använder följande citat: ”To advocate empirically supported therapies as preferable or superior to other treatments would be premature. Not only is this endeavour impractical, but research is lacking. Advocating at this level is not supported by past or current research evidence.” Där stoppar Ankarberg citatet. Men stycket fortsätter så här: “Although there is little evidence of one form of psychotherapy having clinically significant superiority to another form with respect to moderate outpatient disorders, behavioral and cognitive methods appear to add a significant increment of efficacy with respect to a number of problems (e.g., panic, phobias, and compulsion) and to provide useful methods with a number of nonneurotic problems with which traditional therapies have shown little effectiveness (e.g., childhood aggression, psychotic behavior,

and health-related behaviors).” (Lambert & Ogles, 2004, s. 180).

Ankarberg väljer alltså att sluta sitt citat så att det ska se ut som att författarna delar hans uppfattning, d v s att alla terapiformer är lika bra, när de i själva verket anser att vid vissa diagnoser verkar KT och KBT terapier uppnå bättre resultat än PDT (”traditionella terapier”). Detta visar att Ankarberg inte är ute efter att redovisa vad Lambert och Ogles faktiskt anser. Istället vill han bedriva propaganda för sin tes att en KBT-terapi aldrig kan vara bättre än en PDT-terapi. Därför drar han sig inte för att beskära citatet så att det ska se ut som om framstående terapiforskare delar hans uppfattning, även när de inte gör det. Ankarberg använder alltså metoder som seriösa skribenter inte ägnar sig åt.

Genom att inte respektera dessa sex principer kan Ankarberg bygga upp en framställning som avviker från den etablerade psykoterapiforskningens rön. I synnerhet är det tre påståenden som är särskilt avvikande.

Den första avvikelsen är att psykodynamisk psykoterapi skulle ha ett starkt stöd i forskning med höga metodkrav (sk RCT-studier). Samtidigt som Ankarberg publicerade sin artikel gjordes en likartad granskning av Fonagy, Roth and Higgitt, publicerad i två versioner (2005a, 2005b). Där konstaterades att det finns stöd för vissa former av PDT för en del diagnoser, men två saker framhölls. Det ena är att ”notwithstanding a history of over 100 years, psychoanalytically informed psychological therapies has a poor evidence base.” (Fonagy, Roth & Higgitt, 2005b, s. 367). Det andra är att det sällan eller aldrig är PDT (på engelska, STPP, short-term psychodynamic psychotherapy) i allmänhet (”generic treatment”) som är effektivt, utan speciella varianter: ”This review clearly illustrates that STPP is very unlikely to be effective as a generic treatment.” (a.a., s. 373). Dessa författare, där i vart fall Fonagy själv är psykoanalytiker, ger alltså en bild som är motsatt den som förmedlas av titeln på Ankarbergs artikel: ”Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk terapi”. Stödet är snarare svagt och det stöd som finns gäller inte PDT i allmänhet utan vissa former av PDT. På grund av det magra forskningsunderlaget lägger de tre

författarna fram ett 9-punkters program för att komma tillrätta med bristerna. Något som däremot Ankarberg inte behöver göra, för enligt honom, till skillnad från den internationella expertisen på området, är läget för PDT redan gott, det finns ju mängder med studier att hänvisa till om det starka stödet för PDT, om man får tro Ankarberg.

Den andra avvikelserna från vad forskningen kommit fram till är att PDT skulle vara effektivt vid specifika fobier. Det är en etablerad uppfattning att KBT-terapi är särskilt effektivt vid specifika fobier. Men Ankarberg kommer med det anmärkningsvärda påståendet att PDKT visar lika goda resultat som KBT. Han hänvisar till en och samma studie med hjälp av två referenser (Zitrin et. al. 1978, Klein et. al. 1983). Den beteendeterapi (BT) som gavs i studien omfattade: (1) avslappningsövningar och exponering i fantasin, (2) exponering utanför terapin genom hemuppgifter, samt (3) självhävdelseträning med rollspel och liknande. Den andra terapin karaktäriseras som en stödterapi som var ”dynamiskt orienterad och ickestyrande”. Den beskrivs på följande vis: ”Patienterna tog initiativ i alla diskussioner; terapeuten var inte dömande och var empatisk, uppmuntrade patienten att uttrycka sina känslor och diskutera problem, ångest och interpersonella relationer. Terapeuten följde alltid patientens väg och styrde honom inte till att konfrontera fobiska situationer. *Sådana konfrontationer uppmuntrades först till efter att patienten föreslagit detta.* Realitetstestning och tolkning av patologiska försvar användes när det verkade behövas.” (Zetrin et. al., 1978, s. 308, min kursivering).

I den terapin gjordes alltså inga tolkningar av fobin såsom att ha en symbolisk karaktär på det sätt som fobier brukar betraktas i den psykodynamiska traditionen. Däremot ingick exponering i bägge terapierna, i den ena på terapeutens initiativ, i den andra på patientens initiativ. Eftersom terapierna omfattade hela 26 sessioner är det inte förvånande att patienterna under så lång tid blev motiverade till att själva föreslå exponering. Idag vet vi att med fem timmars exponeringsinriktad terapi uppnår över 75% av patienterna med specifik fobi, en kliniskt signifikant förbättring (Emmelkamp, 2004). Att då anföra att PDKT skulle vara lika effektivt som KBT

genom att hänvisa till en studie som är så gammal att KBT inte ens fanns då, och där terapin omfattar 26 sessioner av stödterapi där exponering kan ingå, det är verkligen inte att redovisa evidens för att PDKT är effektivt vid specifika fobier, tvärtom. Studien utmynnar i en viss kritik av BT-upplägget genom att konstatera att vare sig ”desensibilisering” till en låg ångestnivå eller ”flooding” behövs. Istället kommer studien fram till att det är exponering utanför terapin som är viktigt vid behandling av specifika fobier. Slutsatsen blir: ”The therapeutic task is getting the patient to cooperate, enter the phobic situation and remain.” (Klein et. al., 1983, s. 144). D v s exakt så som modern KBT bedriver behandling av specifika fobier! Studien påvisar alltså inte att PDKT är lika effektivt som KBT vid specifika fobier. Istället påvisar den värdet av exponering, det inslag som den psykodynamiska traditionen inte vill tillämpa för specifika fobier. Det är därför som exponeringsterapi rekommenderas för specifika fobier, inte PDT (Roth & Fonagy, 2005).

Detta exempel visar hur önsketänkande från Ankarbergs sida leder honom till att se stöd för PDT där sådant inte finns. I sammanhanget kan också konstateras att när Ankarberg försöker framställa det som att SBU inte är lika insatt som honom när det gäller psykoterapiforskning påstår han att bl. a. dessa studier av fobier förbisets av SBU, men så är inte fallet. Studierna är nämnda i *Behandling av ångestsyndrom*, volym 2, (2005), s. 46.

Den tredje avvikelserna från vad forskningen kommit fram till är att PDT har god effekt vid dystymi. Dystymi är erkänt svårbehandlat och det finns inte stöd för att terapi är bättre än medicinsk behandling för detta tillstånd (Roth & Fonagy, 2005). Men Ankarberg påstår sig ha stöd för att PDT även har ”god effekt” vid dystymi och hänvisar till två artiklar, Maina, Forner och Bogetto (2005) och Guthrie, et. al. (1999). Som läsare tror man då att författarna till dessa studier ska hävda att de har funnit effektiv behandling för dystymi. Så är inte fallet i någon av studierna. I den första artikeln rör det sig om att jämföra två olika PDT-terapi med varandra och med en väntelistegrupp. I var och en av de tre grupperna ingick 10 patienter och av dessa hade 3 diagnosen dystymi. Således behandlades i

denna studie bara sammanlagt 6 dystymipatienter med psykodynamisk terapi (i två olika varianter). Patienterna som fick terapi förbättrades signifikant jämfört med väntelistegruppen. Men effekten var inte god som Ankarberg påstår, utan författarna konstaterar att "we were surprised of a quite low success rate in both treated groups." Slutsatsen blev därför att den ena terapiformen, kallad BDT, "may be a promising treatment for minor depressive disorders." Att en särskild sorts psykodynamisk terapi kan vara en lovande behandling för vissa depressionsdiagnoser, är onekligen långt ifrån Ankarbergs tvärsäkra påstående att studien skulle visa att PDKT har god effekt vid dystymi.

Den andra studien rör patienter som var bedömda som svårbehandlade. De hade en mängd olika diagnoser, där bara 10 patienter (9 %) hade en dystymidiagnos. Behandlingen de fick var inte heller PDT utan en speciell psykodynamisk-interpersonell terapi "en form av interpersonell terapi utvecklad i England". Studien utmynnar i att denna terapimetod, jämfört med en kontrollgrupp (som haft en sedvanlig kontakt med en psykiatriker), uppnått ganska små men signifikanta förbättringar. "Although there was a significant improvement in the psychological status of the patients who received psychotherapy, the change in scores on the SCL-90 was relatively small, and most patients' scores remained within the morbid range." (a. a. s. 525). Inte nog med att terapin inte var PDT, effekten var alltså inte heller i denna studie "god", för den kliniska signifikansen var låg. Givetvis drar författarna inte heller slutsatsen att man funnit effektiv behandling för de 10-talet olika diagnoser som ingått i studien. För den som har elementära kunskaper i statistik vet att när man jämför grupper kan man bara uttala sig om skillnaden mellan grupperna är signifikant eller ej, inte om utfallet för enskilda individer eller undergrupper, tex utfallet för de få patienterna med dystymidiagnos. Det kräver en separat analys av varje individ eller undergrupp, något som inte gjorts i dessa studier. Man behöver förmodligen inte ens vara statistiskt bevandrad för att inse att ska man forska om behandling vid en viss diagnos måste hela den grupp som studeras ha just den aktuella diagnosen, annars går det inte att dra slutsatser om behandlingen är effektiv vid den diagnosen eller ej. Att Ankarberg hävdar att

han funnit att PDT har "god effekt" vid dystymi är därför ett bisarrt påstående. Av de totalt 130 patienter som fått psykoterapi i dessa två studier, är det nämligen inte säkert att en enda av de sammanlagt 16 dystymipatienterna blev ens något förbättrad! Dessutom, om Ankarberg har rätt i att man kan forska om en behandling är effektiv för flera diagnoser samtidigt, varför då nöja sig med 3 eller 10 diagnoser som i dessa studier, varför inte ha med 20 eller 50 diagnoser i en och samma studie? Om Ankarberg hade rätt på denna punkt skulle det inte vara svårt att snabbt undersöka vilka terapiformer som har effekt vid vilka diagnoser.

Jag har inte här gått igenom alla Ankarbergs referenser, och det finns referenser som Ankarberg återger på ett korrekt sätt. Men jag anser mig ha gett tillräckligt många exempel för att ha påvisat att Ankarberg missbrukar sina referenser i stor omfattning. Därmed vilseleder Ankarberg sina läsare. Det är allvarligt och diskvalificerar Ankarberg som seriös forskningsgranskare. Alla människor kan förstås göra fel. Men i Ankarbergs fall är felen så många att de inte kan bortförklaras som enstaka misstag. Syftet med hans artikel kan därför inte vara att allsidigt belysa hur läget ser ut för psykodynamisk terapiforskning. Istället verkar syftet vara propagandistiskt. Mönstret som framträder är att Ankarberg på förhand är så övertygad om att stödet för PDT är starkt, att han pressar in sina referenser i denna förutbestämda mall, oavsett vad som faktiskt står i referenserna. Detta för att sedan kunna göra Insiktens läsare glada över budskapet att PDT har starkt stöd i forskningen, och att det inte finns stöd för att KBT i något avseende skulle vara bättre än PDT. Att Ankarberg på förhand bestämt sig för vad han ska komma fram till är förklaringen till att hans framställning avviker från vad internationella fackgranskade översikter av samma ämne kommer fram till. Och eftersom det finns sådana översikter att ta del av för den intresserade, är Ankarbergs artikel inte bara vilseledande, den är också onödig.

Billy Larsson

Kontakta Beteendeterapeuten för referenslista om sådan önskas.

PsykologEM AB i samarbete med



BETEENDETERAPEUTISKA FÖRENINGEN

inbjuder till

DBT-utbildning

På senare år har flera barn/ungdom- och vuxen-psykiatriska kliniker, kommuner och behandlingshem i Sverige börjat tillämpa nyare behandlingsformer för klienter med emotionellt instabil personlighetsstörning eller borderline-problematik

Metodutveckling inom detta område är viktig på grund av klientgruppens enorma lidande, den stora belastningen på anhöriga och personal samt de ofta höga vårdkostnaderna och långa behandlingstiderna.

DBT (dialektisk beteendeterapi) är en evidensbaserad behandlingsmodell för klienter med borderline-problematik och har skapats av Marsha Linehan i USA. Studier i metodens effekt har visat att personer med borderline-problematik, efter ett års DBT behandling, stabiliserats så att de i signifikant grad minskat slutenvård, självskada, självmordsförsök och ökat både egen skattad funktion och bedömerskattad funktion jämfört med en matchad grupp som fått traditionell psykiatrisk behandling. Resultaten har stått sig vid uppföljning. I en senare studie har man jämfört DBT med annan psykoterapeutisk behandling, specialanpassad för patientgruppen. Även i denna studie har DBT visat bättre behandlingsresultat.

Nu kommer en chans för verksamheter som vill satsa på att bygga upp sin vård av denna patientgrupp att lära sig DBT. Härmed inbjuds till en:

Åtta-nio dagars teoretisk och praktisk intensivutbildning av team som vill komma igång och arbeta med Dialektisk Beteendeterapi med emotionellt instabila (borderline) patienter. Även personer som utbildas för att komplettera befintliga team kan söka. Utbildningen är uppdelad i två delar:

5 dagar 3/12 – 7/12 2007

3-4 dagar maj 2008

Antalet dagar för uppföljningen kommer att bero på storleken på gruppen.

Under mellantiden har kursdeltagarna arbetsuppgifter att arbeta med för att få bästa möjliga hjälp vid andra kurstillfället.

Vi kommer också att erbjuda en del 3 efter ca ett halvår. Den ingår dock inte i kursavgiften.

Målet för utbildningen är att deltagarna ska komma igång och erbjuda DBT-behandling på sina respektive arbetsplatser under utbildningens gång.

Då DBT är en utpräglad team-behandling rekommenderas att man utbildar minst två personer, helst fler, om det inte bara gäller att komplettera befintliga team. Det är en stor fördel om åtminstone någon i teamet har Steg 1 eller Steg 2 i KBT. Man kan med fördel ha gått (dock inget krav) någon av de grundläggande DBT-utbildningar som arrangeras av DBT-teamet i Lund eller på andra ställen och som har som huvudfokus att lära ut färdighetsträningen.

Upplägget på intensivutbildningen är som de DBT Intensives som ges i USA.

Lärare kommer att vara:

Dr Alan Fruzzetti från Universitetet i Reno, Nevada, USA. Dr Fruzzetti har varit nära medarbetare till Marsha Linehan i många år och han har hållit otaliga DBT-utbildningar i USA, Sverige och andra länder.

Elizabeth Malmquist, psykolog i Värnamo med mångårig erfarenhet av KBT och DBT. Elizabeth har arrangerat och medverkat i flera psykoterapiutbildningar i både KBT och DBT.

Kursspråket kommer att vara både engelska och svenska. Delar av utbildningen kommer att ske på svenska och möjlighet att ställa frågor och få svar på svenska kommer att finnas hela tiden.

Kurslitteratur kommer att vara

-Anna Kåver och Åsa Nilsson (2002): Dialektisk Beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning - Teori, strategi, teknik. Natur och Kultur. ISBN 91-27-08379-9

-Marsha M. Linehan (2000): Dialektisk beteendeterapi – färdighetsträningsmanual. Natur & Kultur. ISBN 91-27-07347-5

-Marsha M. Linehan (1993): Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press, New York. ISBN 0-89862-183-6

plus artiklar och annat material som lämnas ut vid kursstarten.

Kursort kommer att vara Värnamo. Mer information kommer lite närmare kursstart. Kursavgiften är 15 000 kr per person + moms. I kursavgiften ingår kaffe fm + em, lunch, en festmiddag och några gemensamma aktiviteter under kursveckorna.

För mer information kontakta:

Elizabeth Malmquist
Törnskatevägen 2
331 41 VÄRNAMO

tel: 0370- 464 89 (gärna kvällstid)
elizabeth.malmquist@swipnet.se

Anmälan till 8-9 dagars DBT-utbildning i Värnamo december 2007. Skickas till adressen ovan. Sista anmälningdag 2007-10-15. (OBS! Begränsat antal platser. Först till kvarn.....)

.....

Namn:.....Yrkestitel:.....

Adress:.....

Telefon arbete:.....Hem:.....

e-mail:.....

Fakturaadress:.....

.....
