

# Beteende terapeuten

**Vårt komplicerade  
förhållande till känslor**

Psykoterapeutiska  
perspektiv på pandemin

**Sömnstörningar** – under Covid-19  
**En tidsresa** – i biblioteket  
**KBT-salong** – på Zoom



# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Alejandro Muñoz Retamal,  
redaktör och ansvarig utgivare  
[alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)  
Linda Ekman Kunatowska  
[lkunatowska@gmail.com](mailto:lkunatowska@gmail.com)  
Christer Classon

## Styrelsen

Johanna Morén, ordförande  
[johanna.moren@psykologpartners.se](mailto:johanna.moren@psykologpartners.se)  
Alexander Stamou, medlemssekreterare  
[btf.medlemssekreterare@gmail.com](mailto:btf.medlemssekreterare@gmail.com)  
Alexandra Arnberg, kassör  
[alexandra.arnberg@momentpsykologi.se](mailto:alexandra.arnberg@momentpsykologi.se)  
Sven Alfonsson, sekreterare  
[sven.alfonsson@gmail.com](mailto:sven.alfonsson@gmail.com)

## Övriga ledamöter

Anneli Farnsworth von Cederwald  
[anneli.von.cederwald@gmail.com](mailto:anneli.von.cederwald@gmail.com)  
Alexander Sävås  
[alexander.savas@gmail.com](mailto:alexander.savas@gmail.com)  
Jenny Hulterström  
[jenny.hulterstrom@psykiatripartners.se](mailto:jenny.hulterstrom@psykiatripartners.se)  
Christina Bergmark Hall  
[bergmark.tina@outlook.com](mailto:bergmark.tina@outlook.com)  
Emil Rosander  
[emil.rosander@gmail.com](mailto:emil.rosander@gmail.com)  
Linda Lövefors  
[linda.lovefors@psykologpartners.se](mailto:linda.lovefors@psykologpartners.se)  
Tommy Magnusson  
[tommy@tillvaxtkonsult.com](mailto:tommy@tillvaxtkonsult.com)  
Maya Österberg  
[maya.osterberg@gmail.com](mailto:maya.osterberg@gmail.com)  
Matthis Andreasson  
[matthis.andreasson@gmail.com](mailto:matthis.andreasson@gmail.com)

*Beteendeterapeuten arbetar med att samla och förmedla information inom föreningen och därför är vi tacksamma för alla bidrag vi kan få: bilder, tankar, sammanfattningar, rapporter, åsikter, kommentarer, information om det ni gör och om det som händer på fältet.*

## I detta nummer:

Ledare.....	3
Styrelsesidor.....	4
Redaktionellt.....	6
Salong på Zoom.....	7
Vårt komplicerade förhållande till känslor.....	8
Studie: KBT genom videosamtal.....	13
Psykoanalytiska perspektiv på pandemin.....	14
Böcker: Suicidala patienter.....	16
KBT på 90- och 00-talet.....	18
Dostojevskijs ”spelbesatthet”.....	20
Sömnpåbråd under Covid-19.....	22
Klimat, Pandemi.....	24
En tidsresa i biblioteket.....	25
Saxat från KBT-listan.....	29

## Ledare:

# Att blicka tillbaka och att blicka framåt

I förra årets första ledare skrev jag om några nyårslöften som faktiskt infriades från BTF's styrelse. Det första löftet var den nya hemsidan. Det andra var att skicka ut kallelse och dokument via mejl för att spara miljö och pengar samt få mer tid att sammanställa ekonomi. Det tredje var fler BTF-salonger. Det sägs att alla goda ting är tre och jag tycker vi behåller dem in i detta år.

Fast är alla goda ting tre? I tredje månaden förra året lades ett skämt upp på sociala medier om att man inte var riktigt nöjd med 2020 och gärna skulle vilja spola fram till 2021. I januari på detta nya år hörde jag ett skämt om att man nu hade haft sju dagar av 2021 och skulle vilja använda sin provperiodsgaranti för att återlösa detta år mot ett annat. Inledningen av 2021 är sannerligen svår att bräcka med stormningen av Capitol i Washington och en alltmer rasande pandemi. Det är kanske nu man lite käckt ska utbrista ”Det kan väl i alla fall inte bli värre!”

2020 har så mycket elände i sig så jag skulle helst vilja snabbspola bitar av det avsnittet. Den inställda kongressen är ett sånt avsnitt som jag redan har tillägnat väldigt många ord. Men jag vill ändå nämna en av de sorgligaste händelserna under året. Sten Rönnbergs bortgång den 1 september. Det gör ont i hjärtat att BTF's grundare inte får vara med och fira föreningens 50-årsjubileum detta år. För att hedra hans minne har styrelsen valt att framöver benämna priset för livsgärning ”Sten Rönnbergs pris för livsgärning för BTF eller KBT”.

De bitar av 2020 jag inte vill snabbspola är nog de stunder som skänker tacksamhet. Det finns oerhört många. På ett sätt syns de mer tydligt ställt mot den mörka fonden och ibland finns de där samtidigt med det mörka. Att inte ta saker för givet gör att jag uppskattar dem starkare. Det lilla sällskapet i den stora matsalen på den redan beställda kongressmiddagen i Linköping på den kongress som inte blev av. Det var lite magiskt och jag var så tacksam för att vi ändå hade fått till ett formellt årsmöte i allt kaos.

Så tre löften jag vill ta med mig ur 2020 in i 2021:

- Öva tacksamhet genom att uppmärksamma det som faktiskt finns.



Styrelsearbetsdag

- Att inte ta något för givet och att skapa från det som ges.
- Att se när det är dags att släppa taget till förmån för något annat.

**Att inte ta saker för givet gör att jag uppskattar dem starkare.**

Så jubileumskongressen i mars i år blir digital och programmet blir mindre än om vi skulle fylla lokalerna i Uppsala. En del av de föreläsare som skulle föreläsa på den inställda kongressen förra året kommer att föreläsa på jubileumssalonger. Andra föreläsare har nappat på att föreläsa på BTF-salong senare på året. Jag är så tacksam för alla som ställer upp! Det är dessutom så givande att ta del av.

Just det – apropå tre! Jag kliver på mitt tredje år som ordförande om jag får förtroendet av er. Sen efter det kan vi fundera över ifall fyra också är en helt ok siffra.

Med hopp om att möta många av er på ett eller annat sätt under året!

Eder ordförande, Johanna Morén

Manusstopp för Beteendeterapeuten: 10/1, 10/4, 10/8, 10/11

Bidrag skickas till: [alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

Textformat: Word/RTF, LibreOffice Writer och PDF

Omslag: Foto: Alejandro Muñoz Retamal

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB



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

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

## Protokoll från styrelsens beslutsmöte 2020-06-10

Närvarande: Sven Alfonsson, Johanna Morén, Jenny Hulterström, Alexandra Arnberg, Tommy Magnusson, Christina Bergmark, Matthis Andreasson, Alexander Sävås, Anneli Farnsworth von Cederwald, Linda Lövefors, Unn Gustafsson (endast punkt 3A)

Frånvarande: Alexander Stamou, Emil Rosander, Maya Turner

Rapportpunkter:

### A. Ordförandens rapport (Johanna Morén)

#### 1. GDPR och digital lagringsyta

Information och diskussion med Kanslist Unn Gustafsson kring GDPR och Dropbox. Vad gäller GDPR så har föreningen påbörjat arbetet med policy och riktlinjer men det är inte färdigställt. Föreningen föreslår att Alexander Stamou är ansvarig för att ta arbetet vidare. Vad gäller Dropbox så beslutar styrelsen att uppdraga åt Anneli Farnsworth von Cederwald att införskaffa tjänsten G Suite för lagring, mejladresser mm.

#### 2. Manualsammanställning

Möte har hållits i slutet av september med Lars-Göran Öst och Natur & Kultur gällande manualsammanställning. Nu är det nästan dags att lägga upp på hemsidan. På vissa områden saknas manualer och både förlaget och Lars-Göran ska försöka aktualisera detta hos författare för att det ska bli ökad tillgång.

#### 3. Information om uppföljning av förslaget om expertgrupp

Ordförande har tillfrågat Lars-Göran om att vara ordförande i en expertgrupp för bedömning av felaktig behandling. Han är positiv till att axla den rollen innan någon annan tar över. Det blir också ett tillfälle att se ifall det praktiskt går att få samman en sådan expertgrupp och ett sådant arbetssätt. Underlaget har tidigare skickats till styrelsen, men skickas ånyo för kännedom. Styrelsen behöver ta ställning till att ge honom uppdraget eller föreslå ändringar. Ett alternativ är att motsvarande information om evidensbaserade behandlingar finns på hemsidan som alla medlemmar kan hänvisa till. Alexandra Arnberg lyfter att juridiska frågor kan uppkomma om föreningen driver frågor om felbehandlingar.

4. Ordförande har blivit kontaktad av Bengt Westling med önskan om att föreningen håller en extrastämma. Ordförande har informerat honom om att styrelsen istället hänskjuter motioner till nästa årsmöte mot bakgrund av Covid och utmaningarna att genomföra stämman digitalt. Vidare är revisorererna tveksamma till digital omröstning. Ordförande har ändå kontaktat revisorererna i frågan eftersom det behöver tillsättas en grupp för att undersöka digitala lösningar inför nästa ordinarie årsstämma.

5. Revisorererna har även tillfrågats ifall föreningen behöver upprätta en rutin för att rensa bland mail och i KBT-listan. Inget definitivt svar finns, men det är också en fråga som behöver beredas.

6. Styrelsen behöver ta ställning till ett nytt hyresavtal för kansliet. Det löper över ett år och det är en hyreshöjning till 6500 kr/månaden. Ordförande och kassör har övervägt andra alternativ, men frågan behöver beredas vidare. Ordförande har talat med kanslist för att göra en behovsinventering.

### B. Ekonomisk rapport (Alexandra Arnberg)

1. Hyresvärd för kansliet har meddelat att de säger upp BTFs nuvarande kontrakt och istället kan erbjuda ett nytt 1-årsavtal för 2021 med en höjning av hyran. Den kommer 2021 att ligga på 6500:-/månad.

2. Inväntar kvartalsrapport fr Klostermark. Då årskongress är en betydande aktivitet som påverkar föreningens omsättning kommer dess varande 2021 påverka budget. Viktigt fatta beslut kring årskongressen för att kunna lägga en budget för 2021.

#### C. Medlemsstatistik (Alexander Stamou)

Antalet individer i BTF: 713

Medlemmar: 448

#### D. Rapporter från ansvarsområden

a. Område utbildning (inkl stipendier och priser) Inget att rapportera. Information om stipendier bör komma ut snart inför kommande år.

#### b. Vetenskap och media

Föreningens vetenskapliga tidskrift, CBT, har fått ett nytt och högre vetenskapligt impact-värde. Tidskriften rankas i dagsläget bland de mest citerade i världen inom KBT. I övrigt inget att rapportera.

#### c. KBT-listan (i)

Det har på senare tid skett en del överträdelser. Anneli har skickat en påminnelse om reglerna till listan och Johanna har haft kontakt med en person privat. Styrelsen behöver se över rutinerna för detta och hjälpas åt vid behov. Det finns en netikett-policy att hänvisa till. Bör finnas tillgänglig på hemsidan.

#### d. IT

En webbredaktörskandidat är kontaktad, styrelsen beslutar att skriva avtal med vederbörande, samt ordna övrigt praktiskt. Behovet kommer sannolikt att uppgå till 5-15h i månaden beroende på belastning.

#### d. EABCT-representant (Johanna Morén)

Kongressen hölls digitalt och det verkar ha varit mycket uppskattad. Ordförande deltog dock sparsamt, men var med på mötet där bland annat värden för 2024 års kongress röstades fram. Det blev Serbien som vann förtroendet (och inte Ryssland som var vårt förslag).

#### e. Studerandenätverket (Matthis Andreasson)

Nästa möte: 7 november på kansliet

Vid protokollet: **Sven Alfonsson**

## Nyhetsbrev från styrelsens möte 2020-11-07

Ordföranden har deltagit i SWABA:s digitala höstträff samt sfKBT:s årskonferens och meddelar att föreläsningarna var mycket bra på bägge.

Föreningens ekonomi är i balans, vilket vi är glada för särskilt under de nuvarande omständigheterna.

Medlemsantalet stiger sakta, för närvarande är det totala antalet medlemmar 715.

Styrelsen planerar att årsmötet blir digitalt och inleder planeringsarbetet inför årskongress och kringaktiviteter. Mötesprotokollet finns som vanligt tillgängligt på BTF:s hemsida.

Vi har nu även en webbredaktör som arbetar med hemsidan.

Nästa och sista styrelsemötet för 2020 äger rum 2/12.

Ta hand om er och håll ut, snart (näja) är det jul!

Vänliga hälsningar, **Alexander Stamou**, Medlemssekreterare BTF



## Nyhetsbrev från styrelsens möte 2020-12-02

Antalet medlemmar i BTF är glädjande nog fortsatt ökande, och uppgick vid mötet till 752 individer.

Årsmötesgruppen med stöd av styrelsen planerar för fullt den digitala årsmöteskongressen, och mer information kommer snart att komma ut. Vi kan dock avslöja att vi kommer att hedra BTF:s 50-års-jubileum genom att siffran 50 kommer förekomma ofta, både vad gäller prissättning och dagar med aktiviteter.

Höstens BTF-salonger på Zoom har varit väldigt välbesökta, och under senhösten har vi fått lära oss både om känslor i terapirummet (Elin Wesslander) och Written Exposure (Moa Eckerdal). Ett stort tack till alla våra kunniga och modiga medlemmar som delar med sig av sina kunskaper till oss andra!

Under den senaste månaden har styrelsen också engagerat sig i att bereda och besvara olika frågeställningar som kommit in till föreningen. Mest omfattande har varit att en arbetsgrupp tillsammans med Tatja Hirvikoski och Gustav Nilsson tagit fram synpunkter på SKR:s insatsprogram vid ADHD. Styrelsen har också nominerat en av våra medlemmar till EABCT:s pris Early Career Award.

Sist men inte minst önskar vi er alla en god jul och ett gott nytt år!  
**Anneli Farnworth von Cederwald**

## Redaktionellt:

# God fortsättning alla medlemmar!

Pandemin fortsätter och vaccinet har kommit. Krisen är dock inte över och säkerligen kommer den att fortsätta minst genom hela 2021. Virusets har nog tyvärr kommit för att stanna och vaccinet kan fortsätta att utvecklas med hjälp av forskningen som bedrivs världen över. Om det är något som bör understrykas i allt detta är det att vi måste fatta beslut med grund i forskning.

Om jag skulle välja min bästa bok för året 2020 då skulle jag välja *"Friends sista suck"*. Psykoterapin ska inte bedrivas på ett ovetenskapligt sätt, likt ett grekiskt oedipalt drama kring en konstruerad föräldrar-barn relation och dess spänningar.

I detta nummer har vi information från styrelsen och några ord från vår ordförande, information från KBT-listan, från BTF:s hemsida och blogg, några artiklar, lite om pandemi och klimat samt en fortsättning på en tidsresa på det Kungliga biblioteket. I detta nummer gör vi ett försök att ge Beteendeterapeuten möjlighet att samla relaterad information som finns tillgängligt på föreningens olika kanaler.

Årsmötet och kongressen kommer att bli digitalt mellan den 12:e och 13:e mars. Välkommen!

**Alejandro Muñoz Retamal**  
Redaktör



## Grattis Elin Wesslander och Kristoffer Pettersson

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

## OBS!

Manusstopp för Beteendeterapeuten är  
**10/1, 10/4, 10/8, 10/11**

Maila ditt alster till

[alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

# Salong på Zoom!

**BTF har under vintern arrangerat ett flertal uppskattade salonger på Zoom. Här är en presentation av några av dem. Håll koll på kommande BTF-salonger på hemsidan!**

BTF-salong på Zoom:

### **Moa Eckerdal om written exposure**

Written exposure, en effektiv behandlingsform för PTSD, utvecklades i syfte att vara enklare att implementera, mer kostnadseffektiv och ha lägre dropouts än andra traumabehandlingar. Metoden har visat sig fungera väl och lämpar sig extra väl för behandling inom primärvård då den möjliggör behandling med ett mindre antal sessioner.

Moa Eckerdal är psykolog och jobbar på Hälso-medicinskt Center i Landskrona och har tidigare arbetat inom primärvården. I detta arbete har hon behandlat ett flertal patienter med hjälp av written exposure och kommer under denna BTF-salong berätta om metoden och dela med sig av sina erfarenheter från det.

Salongen är helt digital och kommer inte spelas in så se till att vara med! För de som vill så blir det digitalt mingel efteråt.

BTF-salong på Zoom:

### **Johanna Morén om ett funktionellt perspektiv på suicidalitet**

Vad händer i kontakten med patienter om man anlägger ett funktionellt perspektiv på suicidalitet? Om man skiftar från prevention av något patologiskt till att förstå vad det är personen försöker hantera och arbeta med det? Vår alldeles egna ordförande Johanna har mångårig erfarenhet av psykiatri och att jobba med suicidala och självskadade patienter. Hon har också haft äran att fackgranska den svenska översättningen av "suicidbibeln" som kommer ut i höst och är skriven av Chiles, Strosahl och Weiss Roberts.

BTF-salong på Zoom:

### **Elin Wesslander om känslor i terapirummet**

Välkommen till en BTF-salong där vi stannar upp och tittar på oss själva. Vad känner vi i terapirummet och vilka utmaningar och möjligheter följer på våra reaktioner?

Som behandlare ägnar vi med rätta en betydande del av vår tid till att fokusera på våra klienter. Vi diskuterar kluriga ärenden med våra kollegor, i handledning eller på utbildningar. Vi har en omfattande träning i att få andra att stanna upp och reflektera, men i vilken grad vänder vi blicken mot oss själva? Ger vi verkligen oss själva det utrymme för självreflektion och självakttagelse som behövs för att vi ska kunna utföra vårt jobb väl?

## Tidigare BTF-salonger på Zoom 2020:

- Lars-Göran Öst om koncentrerad behandling av OCD och andra ångeststörningar.
- Lars Klintwall om nätverksanalys av depressionssymptom – ökade terapieffekter med individualiserad fokus.
- Lars-Göran Öst om vilka manualer som är evidensbaserade vid olika tillstånd.
- Alexander Rozental om prokrastinering.
- Martin Samuelsson och Emma Way om terapi på internet.
- Elsa Janni om bipolär sjukdom.

Foto: Tory Byrne/FreeImages



# Vårt komplicerade förhållande till känslor

Text: Elin Wesslander, leg psykolog, leg psykoterapeut & specialist i klinisk psykologi  
Kristoffer Pettersson, leg psykolog, doktorand  
Foto: Elin Wesslander och Kristoffer Pettersson – privat.  
Foto nästa sida: Alejandro Muñoz Retamal

Inför det här numret av Beteendeterapeuten fick jag frågan om jag kunde skriva något om känslor. Det som föranledde detta var att jag under hösten 2020 höll en BTF-salong med rubriken *Känslor i terapirummet*. Frågan ställdes med en inramning av att andra, exempelvis inom psykiatrin, inte tror att vi inom kbt arbetar med känslor och att det är något som vi behöver ta tag i och påvisa inte stämmer.

Eftersom jag har åsikter i ämnet och gärna vill bidra så blev jag glad men det väcktes också en annan reaktion hos mig. Jag blev faktiskt lite rädd för att ämnet inte fullt ut anses passande i sammanhanget. Vad säger den här rädslan? Varför är det över huvud taget en känslig fråga att prata om känslor? Kan det vara så att kbt-fältet faktiskt har ett något komplicerat förhållande till fenomenet känslor?

Genom åren har jag mött en del reaktioner som talar för att det är så, även om de har minskat på senare tid. Något som däremot har fortsatt är förvånade reaktioner i utbildningssammanhang när vi stannat upp och tittat på våra egna känslor och vad dessa gör med oss i terapirummet. Många uppfattar detta som nytt för dem och till och med något som inte helt uppenbart är okej att göra i kbt-sammanhang.

Jag tackade trots allt ja till förfrågan. Men att undersöka och resonera kring vårt komplicerade förhållande till känslor inom kbt var inget jag ville göra på egen hand. Därför bad jag Kristoffer Pettersson om att skriva texten tillsammans med mig. Kristoffer är något så unikt



Elin Wesslander

som en stringent beteendeanalytiker, som också har fördjupat sig i terapiformer där känslor står i fokus.

Tillsammans försöker vi här förstå varför andra, och även ibland vi själva, anser att känslor är perifert inom kbt-fältet. Det här är våra tankar och det vore roligt att få ta del av fler perspektiv på frågan.

## Var kommer tveksamheten ifrån? Ledtråd 1: teori och tradition

En av orsakerna till att känslor är en laddad fråga i kbt kan ha att göra med den intellektuella tradition som terapiformen har utvecklats ur. Tidigt under beteendeanalysens framväxt var det nödvändigt att på ett tydligt sätt markera sitt vetenskapliga område. De tidiga teoretikerna vände sig emot introspektion och betonade det direkt iakttagbara. I det beteendeanalytiska projektet var det inte helt självklart att



Kristoffer Pettersson

känslor (eller över huvud taget något som sker inuti) bör ingå bland studieobjekten.

*We all know that emotions are useless and bad for our peace of mind and our blood pressure.* Skinner, 1948, sid. 92

Risken, vilket Skinner var noga med att påpeka, är att vi faller in i ett mentalistiskt tänkande och därmed hamnar i en återvändsgränd för vår analys. Men, kanske någon invänder, det beror ju på vilken typ av behaviorism en ansluter sig till. Synen på privata händelser skiftar som bekant mellan olika behavioristiska skolor. Vissa menar att det privata mycket väl kan vara föremål för vetenskaplig förståelse med beteendeanalysen som bas (Baum, 1994; Dougher, 1993; Hayes & Brownstein, 1986; Moore, 1980). Det går också att argumentera för att mycket av den forskning som gjorts på respondent och operant inlärning är ett uttryck för ett mycket stort intresse för hur känslolivet fungerar. Men även om det vi till vardags kallar känslor kan analyseras och förstås med den beteendeanalytiska be-



greppsapparaten så går det inte att väja för det faktum att känslor fått begränsad uppmärksamhet i traditionen. Och när ämnet berörs sker det ofta med teoretiskt subtila och många gånger svårtolkade argument vars betydelse och implikationer inte är helt lätta att uttröna. Komplicerat var ordet.

Men hur ser det då ut i den kognitiva traditionen? När den kognitiva terapin gjorde sin entré fick tankarna en självklar position i fältet. Tanken blev den terapeutiska scenen, med terapeuten som regissör och det rationella som manus. Vilken roll har känslor i detta skådespel? En googling på frasen "emotions in cbt" genererar över 13 miljoner träffar. En viktig roll, kan tyckas. Men den som läser vidare inser att många artiklar handlar om hur tekniker hämtade från kbt kan användas för att kontrollera känslor. I Becks klassiska texter är det lätt att få intrycket av att känslor enbart är en slags biprodukt av människans sätt att tänka, en biroll som följer huvudrollsinnehavarens minsta

vink utan några egna avgörande motiv.

På senare år ser vi ett antal terapimodeller som till skillnad från den klassiska beteende- och kognitiva terapin ger upplevelser en mer framskjuten position. Exempelvis rymmer Dialektisk beteendeterapi ett teoretiskt resonemang om grundemotioner och emotionsreglering står i förgrunden, likaså i Unified protocol. I Acceptance and commitment therapy intresserar sig terapeuten för upplevelsemässigt undvikande, dess konsekvenser och hur acceptans i förhållande till upplevelser kan vara hjälpsamt. Likaså Compassionfokuserad terapi har ett tydligt upplevelsefokus. Och i moderna former av kognitiv terapi lyfts klientens upplevelser på ett tydligare sätt, exempelvis i Schematerapi.

**Ett allt för stort fokus på känslor kan utan tvekan vara en utmaning.**

Men i florin av nya kbt-metoder blir det också tydligt att kbt-fältet inte riktigt har rätt ut sin position då det gäller synen på hur känslomässiga processer ska förstås vetenskapligt. Emotionsforskning är ett minst sagt snårigt om-

råde bestående av rörliga definitioner, hypotetiska resonemang, oprecisa iakttagelser och obesvarade frågor. Vissa emotionsforskare menar att känslor till betydande del är sociala konstruktioner (Feldmann-Barrett, 2018) medan andra håller fast vid att känslor är relativt stabila reaktionsmönster som formats genom evolutionen och har viktiga och värdefulla funktioner (Ekman, 2007), bara för att nämna två av många exempel. Kanske är det här en av de viktiga skiljelinjerna, där vissa kbt-terapeuter tippas över i det socialkonstruktivistiska synsättet och andra föredrar grundemotionsperspektivet. Har känslor något viktigt att bidra med? Kan de ge stöd och vägledning för våra liv? Eller är de blott brus och distraktion som hindrar oss på vår väg genom livet? Svåra frågor som får avgörande implikationer för det kliniska arbetet.

Så, vem har egentligen huvudrollen i dagens kbt, beteendet, tanken eller känslan? Det verkar som att kbt-fältet är på väg att balansera sin syn på känslomässiga processer, där känslor kan samexistera på neutral grund tillsammans med tankar och beteende. Enligt vår bedömning har vi dock inte riktigt nått slutdestinationen ännu.



## Ledtråd 2: terapeutrollen

Utöver teoretiska traditioner finns en del praktiska omständigheter som vi tror har kommit att få stor betydelse för hur terapeuten förhåller sig till känslor i terapirummet. En av dessa har att göra med det sätt som kbt har lärts ut och hur den idealiska kbt-terapeuten porträtterats. När kbt-forskningen kom igång på allvar var det nödvändigt att med viss precision klargöra vad som skulle göras och när. Med detta kom ett särskilt didaktiskt arbetssätt som betonar terapeutens roll som pedagog eller vägvisare. Behandlingen behövde av forskningstekniska skäl innehålla vissa komponenter och genomföras i en viss ordning. För att utvärdering ska vara möjlig behövde både klient och terapeut följa behandling.

Kanske har den terapeutiska stil som blev kännetecknande för kbt fått konsekvenser på hur den typiska behandlaren betraktar känslomässiga fenomen. Ett allt för stort fokus på känslor kan utan tvekan vara en utmaning för den som strävar efter att följa en manual. Struktur gör arbetet enklare, och struktur kan vara ett effektivt sätt att reglera ner känslor, på gott och ont. Implikationerna av detta beror såklart på hur en väljer att betrakta känslor. Är de främst av godo eller ondo?

## Någon kanske skulle påstå att vi börjar bli färdiga.

Vidare skolas många kbt-behandlare till att bryta ner, konkretisera och operationalisera begrepp. Detta har givetvis ett pedagogiskt värde genom att det möjliggör en mer träffsäker analys. Men här finns eventuellt också en risk att något går förlorat. I strävan att söka konkreta kategorier och specifika beskrivningar är det lockande att göra förenklingar. Nyanserade beskrivningar av upplevelser kan ibland, i enkelheten och tydlighetens namn, förvandlas till lite väl enkla kategorier. Det mesta som känns fel kan förstås som obehag, något att undvika. Och om beteendet står i fokus så finns inga större skäl att differentiera vidare. Men återigen, finns det nyanser att finna i obehaget? Svaret beror på var du står teoretiskt.

Varje terapiform har sin speciella jargong, så även kbt. Det som utmärker kbt-språket är att det för många, särskilt oinvidiga, kan uppfattas som tekniskt och avskalad. Den som ger sig på att beskriva för en kollega med annan

inriktning hur ett överskotts-beteende kan förstås utifrån frekvensen av förstärkare i kombination med etablerande omständigheter kommer förmodligen mötas av en hel del undrande frågor. Var finns känslorna i uttalandet? Överallt, för den som är insatt i begreppsbildningen. Men det är inte särskilt konstigt att någon får uppfattningen att kbt är tekniskt och känslolokalt när det mesta av vikt kan sägas utan hänvisning till vardagsspråkets känslord. Här kan eventuellt ett kommunikationsproblem skönjas. Alla i branschen vet att kbt intresserar sig för tankar och beteenden. För den invigde ryms också känslorna, men om andra inte ser det så ligger det på oss att klargöra på vilket sätt.

## Känslor i behandlingsrummet

Med tanke på vad som sagts ovan är det inte konstigt om den kbt-skolade terapeuten ibland känner sig lite vilsen inför ämnet känslor. Men känslor finns där i terapirummet och vi behöver förhålla oss till dem vare sig vi vill det eller inte. Vi vill påstå att alla terapeuter, oavsett skolbildning, har behov av ett genomtänkt sätt att hantera såväl klientens som sina egna känslor i terapirummet. Vi börjar med att titta på klientens känslor.

## Klientens känslor

Vid första anblicken verkar det vara relativt klart hur klientens känslor ska hanteras. Terapeuten hjälper klienten att sätta saker i sitt sammanhang och guidar i att bena ut den saliga blandning av känslor, tankar och beteenden som beskrivs. Och många av de känslomässiga skavsår klienten plågas av kan också hanteras med interventioner som är allmängods i kbt-fältet. Ibland har terapeuten de känslomässiga delarna av klientens problem i fokus, andra gånger angrips känslor mer indirekt med fokus på andra nog så viktiga områden. Avsikten med vår beskrivning här är inte att kritisera det goda arbete som görs. Däremot tror vi att det finns vissa problemområden som, åtminstone i klassisk kbt, inte har varit lika åtkomliga för metodens standardinterventioner.

De nya former av kbt-behandlingar som har utvecklats under de senaste 20-25 åren är ett slags bevis på att så är fallet. Någon kanske skulle påstå att vi börjar bli färdiga, se nu har vi metoder



för att hantera alla slags problem, kbt har slutligen erövrat även känslområdet. Men borde i så fall inte kbt vara en mer sammanhängande och integrerad terapimodell? Den som har försökt sig på att bringa någon slags reda bland alla nya metoder som trängs under kbt-paraplyet vet att det inte alls är tydligt vad som är vad eller hur saker hänger ihop. Den gamla frågan om vad kbt egentligen är förblir lika levande än idag.

Vi vill bjuda på ett exempel på ett område där kbt mycket väl skulle kunna vara en dominerande behandlingsmodell, men där många idag nog uppfattar att det psykodynamiska perspektivet har ett företräde. Det handlar om svårigheter att vara i kontakt med, tillfreds med och att över huvud taget veta hur det känns inuti. Vi väljer att använda ordet känslor för att beskriva denna grupp av problem, mest för att det passar i språkbruket och banar vägen för att tänka i termer av exponering, vilket ofta anses vara ett av kbt-fältets flaggskepp vad det gäller evidensbaserade metoder. Likaväl som människor kan vara rädda för specifika stimuli i omgiv-

ningen kan de vara rädda för specifika responser från dem själva. Egentligen inget kontroversiellt påstående i kbt-sammanhang, många är vi som regelbundet tänker i dessa banor när vi arbetar med paniksyndrom. Men då det kommer till att svara konkret på hur exponering vid känslor går till går åsikterna ofta isär. Hur kan det komma sig?

Låt säga att någon är rädd för de aspekter av sina egna responser som vi i dagligt tal kallar ledsenhet. Det är rimligt att fundera på hur denna rädsla kan tänkas ha uppkommit. Kognitiv teori såväl som relationsinramning kan visserligen kasta ljus över den iakttagna aversionen, men det är också möjligt att tänka sig en rent respondent analys. Den respons som vi kallar ledsenhet fungerar då som betingat stimulus för rädsla som utgör betingad respons. Hur har denna inlärning gått till? Tänk dig in i följande. En liten pojke ramlar och skrubbar upp sitt knä, han börjar gråta, vänder sig mot sin mamma och när hon ser vad som hänt blir hon arg och utbrister: "Så klantig du är, att du alltid ska ställa till det". Samtidigt som

hon säger detta tar hon tag hårt i pojkens arm och skakar honom. För ett litet barn är det inte svårt att tänka sig hur denna händelse utgör ett obetingat stimulus som väcker kraftig rädsla. Föreställ dig vidare att samma typ av händelse upprepas gång på gång, men varje gång på lite olika sätt. Någon gång sker det ute, andra gånger inomhus. Mamma använder olika ord och meningar samtidigt som hon ser ut på olika sätt när hon skäller ut pojken. Vissa gånger inträffar händelsen i sällskap med andra, andra gånger är de själva. Ibland handlar det om att han ramlar, men det kan lika gärna hända helt andra saker som gör pojken ledsen. Och ibland sker liknande saker utan att mamman ens är närvarande. När i stort sett allt i kontexten varierar så utgör pojkens sätt att reagera det enda konstanta stimulus som upprepade gånger predicerar mammans skrämmande utbrott. Det är därmed inte bara möjligt utan högst troligt att det är just de egna reaktionsmönstren som betingas till att i framtiden utlösa rädsla.

Det som möjligen är något kontroversiellt är att denna analys tar för givet att det vi kallar känslor åtminstone i någon mån har tillräckligt specifika fysiologiska mönster för att kunna ingå som stimuli i en respondent inlärning. Som redan nämnts är detta något som debatteras i emotionsforskningen. Notera dock att analysen inte förutsätter att känslor existerar som separata kategorier med hårdkodade aktiveringsmönster som gäller alltid och för alla. Det räcker om det finns en tillräckligt hög grad av responsstabilitet över tid inom individen för att en betingning med bestående effekter ska kunna etableras.

Vad får då ovanstående resonemang för implikationer för behandling? Om vi väljer att arbeta med rädslan för ledsenhet infinder sig flera svårigheter. Eftersom betingat stimulus i det här fallet finns inuti individen kan till exempel inte med samma precision reglera kontakten med det. Vi kan inte på ett enkelt sätt ta ett steg närmare eller längre bort från en känsla på samma sätt som vi kan göra med en hög höjd, spindel eller orm. Det är inte heller lika lätt att säkerställa i vilken grad någon faktiskt har kontakt med avsett stimulus. Dessa komplikationer gäller för-

visso också interoceptiv exponering vid paniksyndrom men de metoder som används för att skapa kontakt med stimulus är i detta fall lättare att reglera och svårare för klienten att ignorera. För att på ett effektivt sätt kunna arbeta med exponering för specifika känslotillstånd krävs därför särskilda färdigheter både i att sätta klienten i kontakt med relevanta egna reaktioner och att noga följa i vilken grad kontakten föreligger.

Detta var bara ett enkelt exempel bland flera möjliga. Vår poäng är att kbt-behandlare skulle kunna ha något att vinna på att intressera sig för känslomässiga fenomen. Ibland kan vi behöva arbeta ett varv för att hitta lämpliga beskrivningar. Andra gånger kan vi behöva lägga teorier åt sidan och faktiskt bara förhålla oss öppen för att vi inte ännu kan förstå allt som är kliniskt relevant med vår begreppsapparat, något som kan väcka alla möjliga känslor även hos oss som terapeuter.

## Terapeutens känslor

Hur ser det då ut för oss behandlare? Självfallet har även vi ett känsloliv med oss in i terapirummet och det påverkar oss i mindre eller större utsträckning. Hur det ser ut för just mig kan jag få bättre hum om ifall jag tränar upp min självkänedom, alltså färdigheten att notera inre processer, förstå hur dessa påverkar mig och förmågan att välja om jag ska agera på dem eller låta dem vara. Liksom sådant som samtalsfärdigheter, språkrikedom, social smidighet och förmågan att skapa relationer tänker vi att självkänedom är en övergripande förmåga som kan underlätta arbetet i terapirummet och möjliggöra ett flexibelt förhållningssätt gentemot klienterna. Tre aspekter som torde underlättas av självkänedom

## Självfallet har även vi ett känsloliv med oss in i terapirummet.

och öppenhet för sina inre responser är genomförande av planerad behandling, närvaro med klienten och förståelse för det man är med om.

En terapeuts känslor är troligtvis oftast på en sådan nivå att de inte hindrar arbetet men då och då kommer starkare upplevelser och dessa kan få oss att ändra vår tilltänkta väg i behandlingen. Det kan t ex vara att vi blir rädda för klientens starka känslouttryck och backar i exponeringen för att vi själva inte orkar ha det egna obehaget som klientens



känslor medför. Många exponeringsbehandlingar blir inte utförda på bästa sätt pga av detta, de kanske inte ens startas. Rädslan för att klienten ska få en ångestattack och osäkerheten i hur jag som behandlare ska hantera eller orka med det gör att sessionerna ägnas åt samtal (om ångest och exponering) i stället för faktiskt genomförande av exponering in vivo. Ett annat exempel är tillfällen då klienter uttrycker missnöje med behandlingen. Det kan räcka med subtila hintar från klienten för att vi dras igång med oro och skam över att inte duga. Det kan vara grunden till att fler och fler förslag på övningar och modeller tas fram i rasande tempo snarare än att vi stannar upp och tittar på vad som händer, vad missnöjet består i och hur vi ska kunna genomföra den planerade behandlingen.

Vi behöver vara närvarande i samtalet med klienten för att uppmärksamma denne och ha möjlighet att anpassa det vi gör utifrån vad som sker i stunden. Ingen kan vara helt närvarande hela tiden men vi kan sträva efter och träna på att styra vår uppmärksamhet i tera-

pirummet. Vissa tillfällen har vi lättare med närvaron än andra. I en stressig tid med många privata problem kan det exempelvis vara svårare att hålla fokus på det som sker här och nu. Tankarna på annat kan vara mer påträngande. Så är det och så får det vara. Är vi medvetna om var vi har vårt fokus i stunden har vi större möjlighet att påverka och styra vår uppmärksamhet igen, och igen, och igen.

Att stanna upp och fundera på vad som händer med mig tillsammans med klienter generellt och vissa klienter specifikt kan ge en *insyn i mitt fungerande*. Om jag är helt slut efter en session är det bra att reflektera kring vad som skedde under sessionen och hitta triggers för mitt känsloläge och se om jag kan förstå tröttheten. Den kunskapen kan hjälpa mig att hålla längre, värna mina gränser och välja mina uppdrag. Vi går inte in till en terapisession som tomma blad. Vi har med oss vår inlärningshistoria som bland annat innefattar respondent inlärning. Vi kommer kunna reagera känslomässigt på sådant som händer under sessionen utan att vi för den skull

har en tydlig medvetenhet kring skeendet. Det är då bra om vi har närvaro nog att stanna upp och fråga oss om reaktionen vi känner främst handlar om mig och min inlärningshistoria eller om den främst handlar om klientens beteende? Det kan vara avgörande för hur jag bör göra i stunden; låta upplevelsen vara utan att agera på den eller använda den i behandlingsarbetet tillsammans med klienten.

Att direkt ha koll på sina inre responser och kunna använda dessa på funktionellt sätt kan vara svårt. Det är en färdighet som behöver medvetandegöras och tränas. Traditionellt har denna träning varit en del av psykoterapiutbildningar bland annat i och med att behandlaren själv har gått i terapi. Det vi skriver ovan ska inte tolkas som ett argument att återinföra utbildningsterapi utan vi menar snarare att färdigheterna behöver tränas kontinuerligt under hela yrkeslivet och kan med fördel ske i sammanhang tillsammans med andra exempelvis i handledning, utbildning eller med kolleger.

# Studie om KBT-behandlares åsikter om KBT genom videosamtal

**Hösten 2020 sökte BTF-medlemmen Mattias Norlin efter KBT-behandlares åsikter om videosamtal/digital terapi. Han tog del av deras åsikter genom en enkät.**

Foto: Maria Luisa Gutierrez/FreeImages



## Vad var syftet med studien?

Jag ville undersöka KBT-behandlares åsikter och attityder om videoformatet/ digital kontakt. Resultatet kommer presenteras i min uppsats inom ramen för psykoterapeutprogrammet på Linköpings universitet.

Det digitala formatet för KBT har blivit alltmer vanligt och det finns både inom regionen och privata aktörer som arbetar med terapi via digitala besök/videobesök. I dessa tider med Covid-19 har det digitala formatet blivit alltmer framträdande. Det är därför mycket intressant att få ta del av KBT-behandlares åsikter om formatet. Både positivt och negativt. Kan formatet bidra till god allians? Kan man utföra olika KBT-tekniker i formatet? Finns det saker som är lätt eller svårt att utföra?

## Vem är du?

Jag heter Mattias Norlin och arbetar inom primärvården i Region Jönköpings län. Jag läser sista terminen på Psykoterapeutprogrammet (KBT) (November 3, 2020). Handledare är Gerhard Andersson på Linköpings universitet som också är medlem i BTF.

## Resultatet

**Sammanfattning:** KBT-terapi har de närmaste åren alltmer utförts via videosamtal, även kallat videoconferencing psykoterapi (VCP) i privat och regional vård i Sverige som spridits ytterligare under pandemin Covid-19. Syftet var att undersöka KBT-behandlares

åsikter om VCP. Frågeställningen var "Vad har KBT-behandlare för attityder gällande KBT via VCP?". Ett urval samlades in genom ett bekvämlighetsurval som erhöles genom webbenkät. Enkäten spreds via e-post till två KBT-föreningar (BTF och SFKBT) och bland annat på sociala medier. 140 fullständiga svar gav resultatet att KBT-behandlarna var positiva till VCP som ansågs tidsbesparande och flexibelt men svårt att motivera vissa patienter till. KBT-tekniker och arbetssätt som ansågs mer okomplicerat var agenda, behandlingsmål, hemuppgifter, booster sessioner, acceptans och återfallsprevention. Det ansågs

komplexare med känsloreglering, rollspel och exponering. Ångest, depression och stress ansågs lättare att behandla medan större osäkerhet eller skeptiskhet fanns gällande tvång, bipolaritet, personlighetssyndrom och fobier. Slutsats blev att VCP ansågs som ett bra sätt att bedriva KBT med god allians. Kreativa lösningar ansågs behövas för att lösa pedagogiska utmaningar samt att det ansågs som en utmaning att läsa av kroppsspråk och känsloläge. Vidare forskning krävs för vidare attitydmätning hos KBT-kliniker. VCP kommer säkerligen vidareutvecklas och expandera vidare.

**Det ansågs komplexare med känsloreglering, rollspel och exponering.**

## Källor:

Baum, W. M. (1994). Understanding behaviorism. New York: Harper Collins.

Dougher, M. J. (1993). On the advantages and implications of a radical behavioral treatment of private events. *The Behavior Therapist*, 16, 204-206.

Ekman, P. (2014). Emotions revealed: Understanding Faces and Feelings. Weidenfeld & Nicolson

Feldmann-Barrett, L. (2018). Så skapas känslor: Hjärnans hemliga liv. Natur & kultur.

Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purpose of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.

Moore, J. (1980). On behaviorism and private events. *The Psychological Record*, 30, 459-475.

Skinner, B.F. (1948). Walden two. Englewood Cliffs, N J: Prentice Hall.



# Psykoteraeutiska perspektiv på pandemin

Text: Björn Skoruppa  
Foto: wax115/Freeimages.com



Så har snart ett år förflutit i pandemins sällskap, och inget är riktigt likt. Vi tvingas avstå krammar, handslag, fester, föreläsningar och andra viktiga aktiviteter som tidigare har berikat våra liv. Ett osynligt hot har smugit sig in i skepnad av en taggig mikroskopisk boll som kan bäras av medmänniskor med de bästa avsikter och den oskyldigaste uppsyn. Och som är potentiellt dödlig.

Diagnosen är klar – många i vårt land lider av coronarelaterad nedstämdhet. Svårare att fastslå är komorbiditet och rekommenderad psykoteraeutisk behandling. Acceptans kan tyckas vara ett alternativ, men det räcker inte långt när människor ställs inför en rad besvärliga beslut som en följd av Sveriges coronastrategi, som lägger stor vikt vid det personliga ansvaret. Hur full ska en buss vara för att jag ska invänta nästa? Ska jag be min arbetskamrat att ta ett steg tillbaka, när hen hjälper mig med en svår uppgift? Är det nödvändigt att hälsa på dottern på Kanarieöarna?

Många av oss önskar nog att personer med gedigen psykologisk utbildning kunde vägleda landet genom detta kollektiva depressionsskov. Visserligen finns psykolog Amanda Lind på plats i regeringen, men det mesta tyder på att hon antingen saknar kunskap eller inflytande. Att behovet är stort av en ingående granskning ur psykologisk synvinkel av de beslut som har lagts ansvaret på de enskildes förmåga till solidaritet med äldre och hårt belastad vårdpersonal, råder det annars knappast något tvivel om.

Som ett jämförande tankeexperiment kan en tänka sig att myndigheten Sida starkt hade rekommenderat alla svenskar att skänka 100 kr för att råda bot på malarian i Afrika. Hade det då hjälpt att

myndigheten varit ytterst tydlig och pekar på behovet av att rädda liv? Nej, avståndet är för stort och orsakssammanhanget för oklart, och endast ett fåtal människor skulle förmodligen hörsamma en sådan uppmaning. Av liknande skäl är följsamheten svag gentemot Folkhälsomyndighetens (FHMs) ”tydliga” rekommendationer om fysiskt avstånd med mera.

## Många i vårt land lider av coronarelaterad nedstämdhet.

Snarare borde acceptansen riktas mot de ungdomar, som för egen del löper tämligen låg risk för allvarlig sjukdom, och som fortsätter att söka vänner och tillkommande i stora folksamlingar. Det är näst intill omöjligt att förklara rationellen till varför de ska ta hänsyn till en äldre generation som efterlämnar planeten på randen till klimatkatastrof och med massutrotning av arter i full gång. Vi har även goda skäl att acceptera utlandsföddas svårigheter att följa restriktionerna mot bakgrund av språksvårigheter och sedan tidigare välgrundad misstro mot myndigheter och politiker.

Det är våra egna myndigheter och folkvalda som borde ändra förhållningssätt. Trots sin tillgång till vetenskaplig expertis och utredningsresurser lämnar de oss i hög grad vind för våg. De uppmanar oss att ”ta ansvar” och drar sig för att införa och tillämpa tillfälliga lagar och regler, som med mild tvång förmår oss att följa restriktioner som räddar liv och avlastar utmattad vårdpersonal.

En komplikation som i hög grad riskerar att störa vår psykoteraeutiska verksamhet – åtminstone om den tillhör det hederligare slaget – är att tilltron till evidens riskerar att få sig en allvarlig törn. Detta kom tydligt till uttryck i höstas, då Vetenskapsrådets Ulrika Björkstén i en krönika påpekade att Anders Tegnell's envisa vägran att rekommendera åtgärder som saknar evidens har lett till orimligheter och senfärdighet. Detta gäller exempelvis risken för asymptomatisk smittsamhet och bruket av munskydd. Hur ska en evidensstrogen psykoteraeut försvara sig mot ett sådant angrepp mot själva fundamentet för behandlingen? Svaret stavas försiktighetsprincipen. I mötet med kända risker räcker evidens långt, eftersom vi

med stor säkerhet vet vad som blir följden av en viss insats, exempelvis i samband med psykoteraeutisk behandling av en känd psykisk störning. Vid okända hot räcker emellertid inte den som regel otillräckliga evidensen och försiktighetsprincipen måste tillämpas. Annars finns risk för katastrofer av stora mått. Vem skulle exempelvis hävda att förvaring av kärnavfall i berggrunden är att betrakta som säker tills vi har fått evidens för motsatsen?

Nedstämdheten präglas annars i hög grad av resignation. Snarare än att väcka kritik har landets coronastrategi hittills fått tämligen bred uppslutning från det svenska folket. DN/Ipsos undersökning från i december visade att en majoritet då hade förtroende för såväl FHM som för statsepidemiolog Anders Tegnell. Ska detta tolkas som ett tecken på att regering och myndigheter handlar enligt folkviljan? Nej, inte nödvändigtvis. En reflekterande psykoteraeut känner igen detta slags försvar av den egna belägenheten från klienter som efter månader eller år av verkninglös behandling försvarar sin psykoteraeut och sin terapeut. Eller för den delen hos en psykodynamiker eller anhängare av funktionsanalytisk psykoteraeut (FAP) som trots bristande evidens envist håller fast vid sin metod, hellre än att erkänna att de har ägnat tiotals år åt en knapp verksam behandling. Vi försvarar det som vi har investerat tid och förtroende i.

Detta kan ses som ett prov på ett annat vanligt pandemisyntom: den kognitiva dissonansen. Statsministern handlar reservdelar till rakapparaten och en julklapp till hustrun i julruschen, trots att han tidigare i myndig ton har förkunnat att ”det finns stunder i livet då vi måste göra uppoffringar”. En generaldirektör liksom hans efterträdare vägrar att se resor till Kanarieöarna som onödiga misstag, och motiverar istället direktörens avgång med att ”reaktionerna” från omvärlden omöjliggjorde att han skulle kunna fullgöra sitt uppdrag. Och jag själv upprörs över människors oförmåga att ta hänsyn till våra äldre och den utarbetade vårdpersonalen, samtidigt som jag i strid med äldreboendets rekommendationer besöker min 95-åriga mor på julafton (under förevisningen att jag nyligen är tillfrisknad från covid-19). När ett helt samhälle med utgångspunkt från det ”personliga ansvaret” ska gå balansgång mellan att skydda okända människor från död och

utmattning och att fortsätta upprätthålla relationerna till de nära och kära, kommer den kognitiva dissonansen som ett brev på posten.

Förmodligen finns ingen psykoteraeutisk bot för den samhälleliga coronadepressionen, och vi får istället nöja oss med att lindra och trösta. Kanske kan vi lyfta fram det positiva som står att finna i eländet.

En uppenbar god sak är att samhället runt om i världen får möjlighet att pröva sin krisberedskap i en situation som är långt ifrån den värsta tänkbara. Trots det höga dödstalet i covid-19 (ca 2 miljoner världen över vid årsskiftet) har denna sjukdom för närvarande skördat långt färre offer än vad andra sjukdomar och tillstånd har gjort genom åren, exempelvis tuberkulos (ca 1,5 miljoner årligen), malaria (ca 700 000 årligen) och undernäring (miljontals årligen). Bland de historiska katastroferna finns spanska sjukan (ca 50 miljoner döda), digerdöden (minst 15 miljoner döda) samt de två världskrigen (10 respektive 55 miljoner; källor: Wikipedia och Folkhälsomyndigheten). Vi har fått en unik möjlighet att pröva vårt samhälles motståndskraft mot kommande och allvarigare kriser. I mitten av december kom Mats Melin, ordförande för den kommission som tillsatts för att granska Sveriges åtgärder, med en första delrapport som fastslår att regeringen och FHM reagerade för sent ifråga om coronahotet mot äldreboendena. Långt hårdare kritik är att förvänta i nästa rapport.

Själv mötte jag strax före jul en deprimerad patient som uttryckte förtvivlan över den svenska coronastrategin. Som svar lyfte jag fram två positiva aspekter av Sveriges val av strategi.

För det första mår den svenska självbild bra av att justeras. Vi tycks ibland tro att vårt land ligger på en utvecklingsnivå högt över de flesta andra länder i fråga om jämställdhet, demokrati, sjukvård, vetenskaplighet, djurskydd, vidsynhet och allt annat som präglar civilisation och moralisk förfining. Under pandemin har detta exempelvis tagit sig uttryck i Anders Tegnells beskrivning i P1:s Söndagsintervju 24 maj av Kina och Italien som länder som har svårare att skydda sina äldre på grund av ”min-

dre resurser”. Detta slog snart tillbaka mot honom själv. Italiens ambassadör protesterade dagen efter och konstaterade att Italien har högre medellivslängd och betydligt fler sjukhusplatser per capita än Sverige. I nuläget framstår vi snarast som ett u-land i fråga om coronabekämpning i jämförelse med en omvärld, där exempelvis länder i Sydostasien är betydligt mer framgångsrika än vi.

För det andra påminde jag om att FHM och Tegnell inledningsvis var långt ifrån ensamma om att motsätta sig nedstängning av samhället och åtgärder utan stöd i tillgänglig evidens. Om Sverige hade valt en liknande strategi som omvärlden, grundad på lagar och regler snarare än på vädjan till medborgarnas personliga ansvar, skulle dessa förespråkare för en mindre sträng linje fortfarande kunnat hävda att de har rätt. Nu finns Sverige

## Vi försvarar det som vi har investerat tid och förtroende i.

som varnande exempel, som vi kan dra nyttiga lärdomar av inför kommande och mycket värre farsoter. Sveriges befolkning är dessutom särskilt lämplig som kontrollgrupp, då vi har en sjukvård som i global jämförelse tål relativt stora påfrestningar, och då vi är ett tämligen litet land, vilket håller dödstalen jämförelsevis låga.

Patienten som hade åhört mina försök till tröstande ord lämnade det videolänkade samtalet med ett leende, och jag tror interventionen var lyckad. Förhoppningsvis kan vi bidra med psykologiska kunskaper i en deprimerande tid. Vi är inga experter på epidemiologi, men sådan kunskap är inte den enda som är giltig i denna kris. Så låt oss hålla den fysiska distansen men ändå låta viruset ta plats som ämne i psykoteraeutrummet.



# Suicidala patienter

Text: Johanna Morén

Leg. psykolog, leg. psykoterapeut och handledare i KBT

**Boken Suicidala patienter är en efterfrågad handbok som kom ut i ny utgåva i november 2020. Fackgranskning och svenskt förord av BTF:s ordförande Johanna Morén. Hon har även anpassat avsnittet om juridik till svenska förhållanden. Om man vill veta mer så kan man ta del av den BTF-salong som Johanna höll i ämnet 8 oktober 2020. Både powerpoint och föreläsning finns upplagd på föreningens hemsida, på medlemssidorna.**

Svenskt förord till *Suicidala patienter*, 2:a utgåvan. En klinisk handbok för bedömning och behandling, av John A. Chiles, Kirk D. Strosahl & Laura Weiss Roberts. Översättning Erik MacQueen. Natur & Kultur, 2020.

## Förord till den svenska utgåvan

Det är mycket som kan ligga i vägen för att konstruktivt bemöta individer som överväger suicid. Dels påverkar våra egna föreställningar och farhågor oss i mötet, dels finns det förväntningar och krav från samhället, sjukvården och närstående som kan göra att vi tappar kontakt med den individ som överväger suicid. Denna bok vänder sig till alla som i sitt arbete kan komma att träffa suicidala personer. Författarna har lång och gedigen klinisk erfarenhet, ihop med ett akademiskt och nyanserat förhållningssätt som vilar på beteendevetenskap. Genom att deras forskning inkluderar både ett psykologiskt och ett medicinskt perspektiv redovisar de här en bred kunskapsbank om ämnet.

Boken riktar sig främst till dem som möter patienter i en terapeutisk behandlingskontakt i psykiatrisk öppen- och slutenvård, men även i primärvårdssammanhang. Den ger även stöd i ett enstaka möte eller för att kunna hänvisa en patient vidare. En del av innehållet rör frågor som särskilt vänder sig till medicinskt skolade, men där övrig personal också kan behöva ha inblick. Dessutom

tar författarna upp vissa rent organisatoriska frågor som gör att boken har bäring i ledningssammanhang där vården ska planeras. Författarna ger här en direkt uppmaning till att påverka vården i riktning mot ett konstruktivt bemötande av suicidalitet.

Boken inleds med en genomgång av kunskapsläget för suicidal beteende. Författarna täcker av sådant som huruvida suicid kan prediceras, vilken roll som psykiatriska diagnoser och personlighetsegenskaper spelar, men också hur somatiska sjukdomar, genetik, miljöfaktorer och biologi påverkar suicidrisken. Det är ingen inledning som utlovar något tryggt att luta sig mot för att förhindra suicid. I stället fastställer författarna ödmjukt att även om vi känner till mycket om suicidalitet och dess olika dimensioner, så är det ganska lite vi kan uttala oss om med säkerhet. De påminner om att tankar om självmord är ett vanligt förekommande mänskligt fenomen och lyfter suicid som en problemlösningstrategi som var och en av oss kan förväntas överväga i situationer där livet bjuder på motgång. Detta synsätt utgör en hoppfull grund i mötet med suicidal patienter då det öppnar för möjligheten att tillsammans med patienten hitta andra lösningar på aktuella problem än att ta sitt liv.

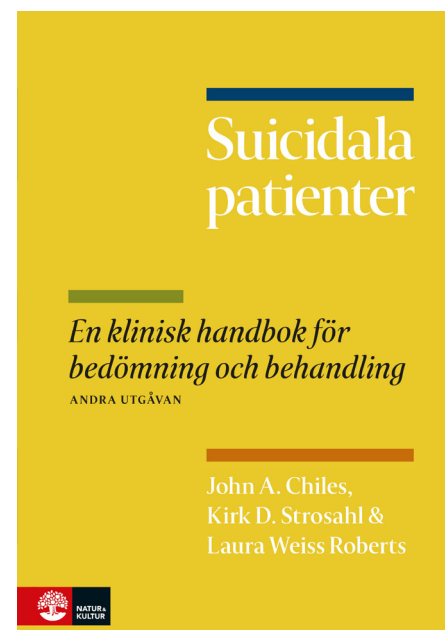
Tidigt i boken får vi som läsare skärskåda våra egna föreställningar, förhålla oss till juridiken och etiska dilemman för att få en större medvetenhet och bli mer tillgängliga i att bistå patienten i stället för att förlora oss i vår egen och andras

agenda. En agenda, som även med goda intentioner, kan underminera personens tilltro till sig själv och försvaga den plattform som livet ska levas på. Den juridiska situationen i USA skiljer sig dock en del från den i Sverige. Förhoppningsvis störs inte behandlare i en svensk kontext av en rädsla för att ställas inför domstol eller få dryga böter om en patient tar sitt liv, vilket kan vara fallet i USA. Oavsett var i världen vi befinner oss finns dock ofta en oro att göra fel. Att inte känna till vad som gäller kan stressa oss och göra oss mindre skarpa i vår kliniska utövning. En beskrivning av riktlinjerna i Sverige har därför lagts till som hjälp i denna svenska utgåva.

Därpå får vi fördjupa oss i ett funktionellt perspektiv som har sin bas i inlärningsteori, där suicidal beteende ses som en strategi för att minska kontakt med negativa känslor och stressfyllda situationer. Med detta perspektiv kan suicidalitet och andra destruktiva beteenden bli begripliga både för klinikern och för individen. Att kunna normalisera något som kan väcka så mycket fördomar och rädsla hos individen själv, och hos dem hen möter, skapar utrymme för en lugn och sansad dialog som är väldigt välkommen i ett krisartat läge. Vi får inblick i vad som gör att känslor kan kännas så svåra att hantera att man överväger att ta livet av sig för att undkomma dem. Här introduceras också perspektivet med acceptans av känslor som en möjlig väg för patienten i stället för de strategier som kortsiktigt kan ge emotionell lättnad, men som paradoxalt nog bara gör saker värre.

Med denna grund går författarna sedan vidare till bedömning av en suicidal patient. Här lyfts skillnaden mellan en mer traditionell suicidbedömning och en behandlingsfokuserad bedömning. Den förstnämnda syftar till att predicera och förhindra suicid genom att få kunskap om förekomsten av suicidala beteenden. Den senare syftar till att förstå vilka problem personen brottas med och undersöka om hen har övervägt att lösa dessa genom att ta livet av sig, samt att föreslå att man tillsammans undersöker andra alternativ. Att överhuvudtaget prata om suicid med patienter är något som klart rekommenderas. Ingen människa gynnas av att man undviker ämnet, men efter att ha läst detta kapitel får man inblick i hur olika sådana samtal kan bli beroende på perspektiv.

Därpå följer kapitel som tar upp oli-



**Många av mina egna finaste och mest meningsfulla möten som klinisk psykolog har varit med människor som på allvar har övervägt att lösa sina problem genom att ta livet av sig.**

ka sammanhang där man kan behöva göra kliniska överväganden och få stöd med strategier och förhållningssätt. I kapitlet om att möta suicidal patienter i öppenvård beskrivs basala behandlingsprinciper både övergripande och i konkret detalj: Hur man arbetar med att skifta patientens bild av att problem är outhärdliga, ofrånkomliga och oändliga, samtidigt som man tydligt bekräftar patientens smärta och giltigheten i att överväga suicid. Hur man i en kollaborativ anda kan komma fram till att suicid är en kortsiktigt lockande strategi med konsekvenser som paradoxalt nog ökar den känslomässiga smärtan på sikt. Hur man kan erbjuda stöd i alternativ problemlösning och färdigheter för att förhålla sig till smärta genom att öva medveten närvaro, acceptans, förmåga till distansering, självmedkänsla och att lyfta värderingsbaserade beteenden. Återkommande lyfts betydelsen av patientens kontext och riskerna för att man oavsiktligt förstärker problematiska beteenden och hamnar i dragkamp med en patient, men också med andra behandlare eller discipliner. Målsättningen i behandlingen är hela tiden att stärka individens tilltro till sig själv och att rikta in sig på styrkor och det som är vitalt snarare än att söka förklaringar som sjukförklarar individen. Strategierna kommer igen i lite olika former i förhållande till repetitivt suicidal patienter, i suicidal nödsituationer, i användandet av heldygnsvård, i mötet med patienter i primärvården och i överväganden gällande medicinering. Ett särskilt kapitel

ägnas åt viktiga aspekter i förhållande till missbruk, psykos, barn och ungdomar samt den äldre populationen.

Att författarna så genomgående återkommer till det funktionella perspektivet, till acceptans samt stöd i att lyfta individens förmågor och färdigheter bidrar till en vitalitet för både behandlaren och patienten. Många av mina egna finaste och mest meningsfulla möten som klinisk psykolog har varit med människor som på allvar har övervägt att lösa sina problem genom att ta livet av sig. En stor del i detta är att kunna stanna kvar i smärtan och ge den utrymme för att se att den inbegriper något värdefullt att sträva mot. Ibland behövs också det utrymme som samtal erbjuder för att få överblick över de problem som över-skuggar tillvaron och faktiskt märka att det går att ta tag i dem. Med de patienter som ändå har lämnat livet kan jag dra mig till minnes stunder av kontakt och det värmer. Jag hoppas att de lade märke till att jag såg dem.

I inledningen nämnde jag avsaknaden av något tryggt och tvärsäkert att luta sig mot i mötet med suicidal patienter för att förhindra att de tar livet av sig. Vad denna bok däremot ger är trygghet i den kliniska rollen och mod att närma sig frågan på ett sätt som skapar ett möte i lidandet. Ett möte med förutsättningar för en respektfull och kreativ dialog – som ger en grund för att skapa ett bättre läge i livet för de allra flesta som förmår att stanna kvar.

## Andra aktuella böcker

*Sexualbrottets psykologi – bemötande, bedömning, behandling*, Johanna Läth Gothia, 2021. ISBN 978-91-7141-200-7

*Tydlighet, ledarskap & uppmuntran – positivt beteendestöd i klassrummet*, Peter Karlsson Natur & Kultur, 2020. ISBN 978-91-27-829022

*Återhämtningsguiden*, av Niklas Almén, Natur och Kultur, Stockholm 2021.

*Integrerad primärvård – principer, färdigheter och rutiner för hela vårdcentralens arbete med beteende relaterad ohälsa*, Nicola Silberleitner, Anneli Farnsworth von Cederwald, Patricia Robinson, Natur och Kultur, Stockholm 2021.

*12 verktyg i KBT – från teori till verklighet, andra utgåvan*, av Steven James Linton och Ida Flink, Natur och Kultur 2021.



# Hur det var en gång i tiden: KBT på 90- och 00-talet

Text: Dan Katz

Vi har ibland fått höra hur det var på 70- och 80-talet, när landets få beteendeterapeuter i ett nyhetsprogram beskrevs som ”de mest avskydda”. Vad många av dagens KBT:are kanske inte vet är att det var ingen lek att vilja ägna sig åt KBT för bara tjugo år sedan. Dan Katz, som tog psykologexamen 2002, berättar om sina minnen som KBT-intresserad psykologstuderande och de första åren som psykolog.

All aktivitet avstannade. Det blev knäpptyst. Tio par ögon riktades mot mig. Några med lätt avsky i blicken, andra med förvåning. Jag hade uppenbarligen sagt något riktigt gräsligt: – Den där Skinner verkar ju riktigt vettig!

Året var 1977. Jag hade börjat läsa psykologi på Göteborgs Universitet med någon vag uppfattning om att psykologyrket skulle vara ett uthärdligt alternativ om jag misslyckades med att bli popstjärna. Ämnet psykologi hade jag egentligen ingen kunskap i. Vår gymnasielärare i psykologi på Göteborgs Högre Samskola hade enligt trovärdiga källor hållit samma föreläsningar sedan början av 50-talet. Kursboken öppnade vi aldrig. Två gånger per termin höll han

läxförhör. Svarade man rätt alla gånger fick man femma i avgångsbetyg. Svarade man fel en gång fick man fyra. Svarade man fel fler gånger låg man riktigt risigt till. Min femma rök när jag inte visste vad Rousseaus älskarinna hette. Ångestnivån under dessa läxförhör påminde om Bergmans film ”Hets”. Läraren gick under benämningen ”Snuskepelle” då han hade en ovana att pillra med högernäven i sitt skrev samtidigt

som han tittade intresserat ner i sina kvinnliga elevers urringningar.

När jag började på universitetet hade jag följaktligen i princip inga kunskaper alls om psykologi. Litteraturen under introduktionskursen bestod av en tunn bok som beskrev tre grundläggande synsätt på människan: det psykoanalytiska, det humanistiska och behaviorismen. För mig var allt nytt, men jag attraherades omedelbart av att behavioristerna ägnade sig åt rejäl grundforskning med kontrollerade experiment. Freuds sexualteori fann jag absurd och skrattretande. Rogers sympatisk men vag. Mina kurskamrater läxade upp mig rejält. Skinner var ju fascist och stod för en kall mekanistisk människosyn. Fyra veckor senare hoppade jag av utbildningen och började spela gitarr i ett discoband. Ämnet psykologi, och i synnerhet psykologer, betraktade jag med stor skepsis.

**Elevernas intresse för KBT bemöttes med något som kunde betecknas som passiv aggression som ibland övergick i aktiv.**

Tjugo år senare var musikkarriären definitivt över och jag befann mig igen på universitetet. Denna gång som nybörjare på Stockholms Universitets psykologprogram. Via en bekant hade jag upptäckt Aaron Beck och därefter beteendeterapin. Min respekt för psykologiämnet var reparerad. Dessutom hade jag förstått att man alldeles nyligen hade öppnat möjligheten för psykologstudenter på SU att utbilda sig i KBT.

Vid introduktionskursen fick vi en tunn bok, misstänkt lik den jag hade läst tjugo år tidigare – som beskrev psykoanalysen, humanistisk psykologi och behaviorism.

Vår lärare på grundutbildningen, som

jag omedelbart fann sympatisk då han var en mycket duktig sångare med en fantastisk baryton, hade svårt att dölja sitt förakt för KBT. Han redovisade pliktskyldigt Skinners och Pavlovs forskning, samtidigt som det sken tydligt igenom att detta hade ringa värde för att verkligen ”förstå” mänskligt beteende. När jag frågade om KBT, svarade han kort att ”det ger ingen självinsikt”.

Med mycket få undantag var det denna inställning som man möttes av under de första terminerna. De goda behandlingsresultaten för KBT ignorerades eller antydde bero på fusk. Elevernas intresse för KBT bemöttes med något som kunde betecknas som passiv aggression som ibland övergick i aktiv. När vi skulle påbörja vår egentrapin meddelade man att det var ett krav att den skulle ske på psykodynamisk grund. Jag tyckte det var märkligt och extremt frustrerande, så jag beklagade mig för Lars-Gunnar Lundh (sedermera professor i Lund), en av de få förutom Lars-Göran Öst som ägnade sig åt KBT på SU. Lars-Gunnar blev mäktigt förvånad, då det året innan hade tagits ett beslut att studenterna fick välja vilken inriktning som helst för egentrapin, bara det var hos en legitimerad psykoterapeut. Det tedde sig uppenbart att lärarna helt enkelt hade ljugit för oss.

Det kom även rapporter från andra psykologutbildningar. På det nystartade psykologprogrammet i Linköping, där man ville utbilda efter ”common factors” med en tydligt existentialistisk in-

riktning, hade flera psykologstudenter i frustration sökt extern handledning i KBT då sådan kompetens inte fanns på utbildningen. En av de utbildningsansvariga hade då uttalat att dessa elever borde stängas av från utbildningen då de uppenbarligen hade en ”förkastlig människosyn”. På utbildningen i Göteborg vägrade man hårdnackat att erbjuda KBT som ett valalternativ.

Köpte man inte den psykodynamiska teorin var det en konstant kamp på de flesta psykologutbildningar. De enda fristäderna var Uppsala, där beteendeterapin lyckats slå in en kil, samt i viss mån i Umeå, där Carlo Perris hade lyckats sälja in den kognitiva terapin, dock med ett tydligt avståndstagande mot beteendeterapin.

4När vi fick uppgift att göra fallbeskrivningar eller skulle öva oss på utlåtande kunde man få backning om man inte lämnade psykodynamiska förklaringar. Vid något enstaka tillfälle dök professor Öst upp och drog behandlingsresultaten för KBT, och under en eftermiddag dök Sven Rydberg upp som en frisk fläkt och gick igenom inlärningspsykologiska grundprinciper. Men i övrigt lyste beteendeterapin med sin frånvaro.

Däremot fick vi rejäl undervisning i olika psykodynamiska läror. En lärobok beskrev ett fall med en kvinnlig student som gick i psykodynamisk terapi. Hon hade fått ont i nacken när hon flyttat in i ett studenthem där hon delade rum med en kvinnlig kurskamrat. Nacksmärtan förklarades med att hon omedvetet ”vände sig bort” från sin latent homosexuallitet. När vi skulle diskutera boken på ett seminarium hade jag svårt att hålla mig för skratt och framkastade den vågade teorin att hennes nackbesvär kanske berodde på att hennes nya säng var obekvä. Min munterhet uppskattades inte av mina kursare, och än mindre av läraren som höll i seminariet. När vi efter några terminer skulle läsa gruppsykologi utsattes terminsgruppen för en obligatorisk Tavistockliknande övning där några organisationspsykologer satte oss i en stor ring och gav oss i uppgift att hitta på ett problem som sedan skulle lösas. De styrde inte på något sätt, men med jämna mellanrum höjde någon av dem rösten och uttalade med högtidlig stämma en tolkning av vad han ”kände” i rummet. Efter två dagars diskuterande framkom det att en i vår terminsgrupp inte trivdes i grup-

pen. Denne persons talan fördes av en annan som inte ville berätta vem det var som mådde dåligt, inte heller varför eller vilka som hade felat. Organisationspsykologerna ingrep inte på något sätt. Övningen gav som resultat att stämningen i terminsgruppen gick från riktigt god till usel. Två kurskamrater hoppade av utbildningen. Vad vi skulle lära oss av detta framkom aldrig.

På termin 6 fick vi praktisera i tio veckor. Jag hamnade på en psykiatrisk vuxenmottagning där jag fick pröva på att ”behandla” en handfull patienter. Av ett fyrtiotal anställda hade ingen KBT-utbildning. En psykolog gick psykoterapeututbildning i kognitiv terapi. På egen hand hade jag läst in en hel del KBT, men att exponera utan

att riktigt veta vad jag höll på med vågade jag mig inte på. Så ”behandlingarna” blev mest någon form av psykoedukation om ångest. Min handledare på mottagningen var psykoanalytiskt skolad och jag lärde mig snabbt att inte berätta vad jag egentligen hade för mig. Vid ett tillfälle lät jag en klient, som var orolig för att hon gått ner i vikt, realitetspröva genom att använda vågen som stod i sköterskornas rum (hon hade inte gått ner ett gram). Min handledare blev mycket bekymrad. ”Har du kontrollbehov?” utbrast hon och förklarade att jag kunde sabotera överföringen med mitt tilltag. Några gånger ringde jag Lars-Gunnar Lundh på SU i ren desperation för att få råd. När man tog upp evidensen för KBT med kollegorna bemöttes det med antydningar om att behandlingsresultaten berodde på fusk.

På mottagningen hade man en stödgrupp för dem som led av paniksyndrom. De träffades varannan vecka under ledning av en sjuksköterska. Samtalen kretsade kring hur jobbigt de hade det. När jag fick träffa dem och berättade att deras besvär var behandlingsbara blev flera av dem upprörda. De hade under årtal av träffar uppnått konsensus om att deras ångest berodde på att det var samhällets fel och så länge som det inte förändrades kunde de inte bli friska.

I detta mörker var BTF som min räddningsplanka. Det ordnades träffar på

institutionen för de få som hade intresse för KBT. Vi var inte många, men det var skönt att få ventilerat sin frustration och få stöd bland likasinnade. Man läste KBT-böcker vid sidan av och passade på att springa på workshops som arrangerades av BTF.

Men, när det blev dags för att välja vilken terapiinriktning vi ville grundutbildas i hände något märkligt: flera av mina kurskamrater, som tidigare hade verkat väldigt psykodynamiska, började överväga KBT. Viss hjälp kom

**Övningen gav som resultat att stämningen i terminsgruppen gick från riktigt god till usel.**

faktiskt från psykodynamiskt håll. Psykodynamiska föreläsare – ofta gammaldags psykoanalytiker – kom vanligtvis helt oförberedda och kunde sätta sig ner med armarna i kors över en tämligen korpulent mage och inleda med att fråga vad vi ville veta. Ofta

hävdade de att de hade ”botat” alla sina klienter och drog någon fallhistoria. KBT-föreläsarna kom samtliga väl förberedda, hade tydliga powerpointpresentationer och radade upp forskningsresultat. Psykodynamikerna gjorde helt enkelt självmål.

På termin sju blev det en sensation när vår terminsgrupp, som den första någonsin, med klar majoritet valde att specialisera sig på KBT. Jag erinrade mig en övning på termin ett, där vi skulle placera ut oss i en lektionssal utifrån vilken terapiinriktning vi sympatiserade med. Var man övertygad psykodynamiker skulle man ställa sig vid utgången, var man intresserad av KBT vid fönstret. Jag och en annan kurskamrat ugglade ensamma vid fönstret, en tredje ställde sig i mitten. De resterande tjugosju trängdes vid dörren. Nu hade mer än hälften flyttat sig mot ljuset, vid fönstret.

*Andra delen av Dan Katz berättelse om hur det var en gång i tiden finns på BTF-bloggen.*

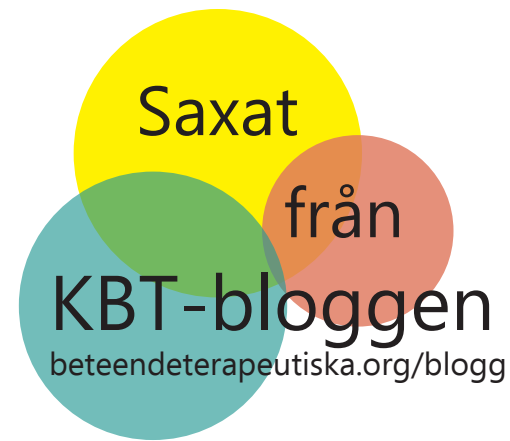


# Dostojevskijs ”spelbesatthet”

– idag en psykiatrisk diagnos och ett folkhälsoproblem

Text: Liria Ortiz

Foto: Barnaby Norwood/FreeImages



Spelaren är på många sätt en mytomspunnen figur. I filmer blir han – för det är nästan alltid en man – en spännande karaktär, som inte låtit sig fångas in i den småborgerliga fällan. Spelaren är en fri man som utifrån socialt mod och unik begåvning blivit en entreprenör i spel. Han tjänar mycket, lever flott, rör sig i exklusiva miljöer och attraherar kvinnor. Men spelande i svarta spelklubbar i sunkiga källare är honom inte främmande. De stora pengarna lockar honom dit emellanåt. Kontrasterna kittlar spelaren (och oss när vi dagdrömmer om honom som ett identifikationsobjekt för flykt och ett mer utmanande liv).

Spelaren är även en figur i litteraturen. En av de mer kända litterära beskrivningarna av en spelare är Dostojevskijs *Spelaren*. Det är en kort, intensiv roman om roulettespelande ryssar som flänger mellan casinon i Europa i slutet av 1800-talet i en ”satanisk spelbesatthet”. Den är i mycket ett självporträtt – Dostojevskij hade under många år ett stort spelproblem. Också romanens tillkomst är dramatisk: Dostojevskij hade tagit ett stort lån för att sanera sina gamla spelkulder och i villkoren ingick att han före en viss dag måste leverera ett nytt manuskript. På tjugosex dagar förfärdigande han

denna febriga och mångbottnade berättelse och undgick konkurs.

Idag är ”spelbesattheten” en psykiatrisk diagnos. Den återfinns under benämningen Hasardspelsyndrom i den amerikanska psykiatriska diagnosmanualen DSM-V, som även används inom psykiatri i Sverige. Till vardags benämnd som spelberoende. Att spelandet, som för de flesta är en rekreation, kan bli ett beroende för många blir allt mer uppmärksammat.

**Spel luktar inte, det dricks inte, det går inte att äta eller injicera. Hur kan man då bli beroende av spel?**

Drygt en procent av svenskarna har idag ett problematiskt spelande. Man spelar för mycket och för ofta och vissa är spelberoende. Definitionsmässigt innebär detta att spelproblem i befolkningen nått en nivå som innebär att de är ett folkhälsoproblem.

## Varför blir man spelberoende?

Spel luktar inte, det dricks inte, det går inte att äta eller injicera. Hur kan man då bli beroende av spel? Det är en fråga som många ställer sig medan de skakar på huvud. Det finns olika teorier om vilka de faktorer är som bidrar till att man blir spelberoende. Beroende på vem man pratar med försvaras olika teorier. Hjärnforskare vill gärna förklara det utifrån effekter i hjärnans belöningssystem, spelindustrin som en konsekvens av individens egen sårbar-

het, psykoanalytiskt orienterade psykologer som ett symptom på en bakomliggande psykologisk konflikt medan den beteendeterapeutiskt orienterade kollegan gärna ser spelandet som något som fyller en funktion i spelarens liv, ett inlärt sätt att fly vardagslivets svårigheter eller uppleva spänning och som man blivit alltmer beroende av.

## Spelproblem – hur yttrar det sig?

*Den sociala spelaren* hoppas på vinsten men förlusten är det som förväntas. Det är underhållning som den sociala spelaren betalar för.

*Problemspelaren* har till och från, längre eller kortare tid, problem med sitt spelande och ibland eller alltid. Han ägnar mycket tid åt att spela, att planera, drömma om, genomföra och analysera sitt spelande. De flesta problemspelare har oftast pengar till sitt spelande. De har kvar sitt arbete, tillgångar i form av hus och bil och är fortfarande kreditvärdiga på banken. Problemspelarens upptagenhet av spelandet är ofta märkbar för familjen och arbetskamrater, som oroas och irriteras över detta beteende hos spelaren. Eventuella vinster används för fortsatt spelande. *Problemspelaren* har problem av sitt spelande, men uppfyller inte alla de kriterier som krävs för benämningen spelberoende.

*Den spelberoende* ägnar nästan all sin vakna tid och alla pengar han har åt spelandet. Han får allt svårare att sköta sitt arbete eller sina studier. Stress och oro

präglar vardagen. Pengar är ett konstant problem och leder nästan alltid till en omfattande skuldsättning. Oftast tänker den spelberoende att det är genom att vinna pengar som ekonomin ska ställas till rätta. Storvinsten ska bli lösningen på alla de lån och skulder som man har till banker, kreditkortsbolag, vänner och släkt. Spelberoende i detta utvecklade stadium är en diagnos enligt den psykiatriska diagnosklassifikation som används inom hälso- och sjukvården. Symtom som abstinens, toleransutveckling och kontrollförlust finns på samma sätt som vid substansberoende av alkohol och narkotika.

## Vad är effektivt vid behandling av spelberoende – evidensbaserade metoder

Det finns få randomiserade kontrollerade behandlingsstudier vid spelberoende. Det finns visst empiriskt stöd för effekt av behandlingar som baseras på kognitiv beteendeterapi (KBT) med inslag som kognitiv omstrukturering av tankefällor om spel och exponering med responsprevention för spelsituationer. Studierna visar dock inte vilka inslag i KBT som är mest effektiva. De visar inte heller om KBT är mer effektivt än andra behandlingar då sådana jämförelser inte gjorts. Även korttidsintervention utifrån motiverande samtal (Motivational Interviewing) kan ha effekt vid spelproblem.

## Kbt-behandling av hasardspelsyndrom

### Behandlingsmodellen KBT i grupp – en kort beskrivning

Behandlingen omfattar åtta, tre timmar långa, sessioner (en per vecka) och fyra sessioner i återfallsprevention. Vidare ingår uppföljning under en session per månad

Behandlingen baseras på manualen *Till Spelfriheten!* och har följande teman;

1. *Varför blir man spelberoende?* – Biologiska och psykologiska och mekanismer.
2. *Illusionen om kontroll över slumpen* – Identifiera, ifrågasätta och rätta till illusionen.
3. *Spelsuget* – Att utsätta sig och lära sig bemästra suget.
4. *Ett vanligt liv* – Träning av sociala färdigheter, bl. a problemlösning.
5. *Ett nytt liv* – Lära sig hantera svåra känslor genom andra alternativ än spel. Nya belöningar.
6. *Ett spelfritt liv* – Att förebygga återfall.

En forskargrupp i Sverige Carlbring, m.fl. (2010) har utvärderat effekterna av de två behandlingsmodellerna individuella motiverande samtal och KBT-baserad gruppbehandling.

Mycket tyder på att spelproblemen verkar vara på väg att hamna lite högre upp på agendan över akuta samhällsproblem. Om några år kommer med största sannolikhet möjligheterna för dagens Alexej, Dostojevskijs alter ego i romanen *Spelaren*, att få tillgång till en effektiv hjälp mot sin ”spelbesatthet.” Utvärderade behandlingar kommer att finnas att erbjuda och spelproblem

kommer att vara ett erkänt psykiatriskt och socialt problem att få hjälp för.

### Litteratur om behandling av hasardspelsyndrom

Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H. & Forsberg, L. (2010). *Motivational Interviewing Versus Cognitive Behavioral Group Therapy in the Treatment of Problem and Pathological Gambling: A Randomized Controlled Trial. Cognitive Behaviour Therapy, Vol. 39, Iss. 2, 92-103.*

Forsberg, L., Forsberg, K. & Knifström, E. (2010). *Motiverande samtal vid spelproblem och spelberoende. En praktisk manual.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Ortiz, L. (2018). *Till spelfriheten. Manual för behandling individuellt eller i grupp. Kognitiv beteendeterapi vid spelberoende.* Stockholm: LLOA Förlag.

Liria Ortiz är leg. psykolog och författare. Hennes böcker hittar du på nätbokhandlarna Adlibris och Bokus. Du kan få manualen *Till spelfriheten* kostnadsfritt om du mailar till [liria.ortiz@gmail.com](mailto:liria.ortiz@gmail.com).



# Att hantera SÖMNPROBLEM under hemmavistelse på grund av Covid-19

Praktiska rekommendationer från European CBT-I Academy. Sammanfattat och anpassat till svenska förhållanden av Susanna Jernelöv, med.dr. och Kerstin Blom, med.dr.

Foto: Max Bogaert, Mark Anthony/FreeImages



För att minska risken för smittspridning av coronaviruset är det just nu många som vistas ovanligt mycket i hemmet, antingen i karantän eller av försiktighet. Det kan göra att sömnen försämras, till exempel på grund av stress och oro, ökad inaktivitet, nya vardagsrutiner eller brist på rutiner. Sömnen kan också påverkas för de som har ovanligt mycket att göra för att de till exempel jobbar inom vården under stor press.

En artikel med vetenskapligt baserade praktiska sömnråd i coronatider har just publicerats av en "task force" från European CBT-I Academy, som arbetar för kvalitetssäkrad spridning av kognitiv beteendeterapi mot insomni (KBT-i).

Råden publiceras i tidskriften *Journal of Sleep Research* som ges ut av europeiska sömnforskningsföreningen (European Sleep Research Society, ESRS). Här sammanfattas råden av två av SFSS' medlemmar, som också är medlemmar i European CBT-I Academy.

För mer information om evidensen bakom råden hänvisas till källan, som finns öppen för alla att läsa. Artikeln är expertgranskad och för närvarande finns en förhandsversion tillgänglig: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.13052>

KÄLLA: Altena, E., C. Baglioni, C. A. Espie, J. Ellis, D. Gavriloff, B. Holzinger, A. Schlarb, L. Frase, S. Jernelöv and D. Riemann (accepted) "Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy." *Journal of Sleep Research*.

## Allmänna sömnråd för personer med sömnproblem i hemkarantän eller liknande omständigheter.

- Försök hålla regelbundna sovtider och framför allt – gå upp någorlunda samma tid varje dag.
- Om du tänker mycket på coronakrisen eller oroar dig: schemalägg en stund varje dag, ca 15 minuter under dagtid, då du funderar på situationen. Skriv ner dina tankar, problemlös det som går att påverka, tänk på och prata om det du inte kan påverka. Spara och begränsa din oro och coronatankar till den här stunden, för att minska påverkan på din allmänna stress och därmed sömnen.
- Om möjligt, använd sängen bara till sömn och sex, inga andra aktiviteter. Det gör du enklast genom att inte gå och lägga dig förrän det är dags att sova och du vanligtvis är sömnig.
- Utnyttja situationen till att följa din kroppens naturliga dygnsrytm om det fungerar med din hemarbets-situation. Särskilt personer med en lite tidigare eller senare sömn än genomsnittet, t ex äldre respektive tonåringar, kan passa på att hitta en dygnsrytm som underlättar för bättre sömn.
- Använd gärna sociala medier för att dela dina orostankar och känslor med familj och vänner, men också för att distrahera med lättsammare innehåll som inte är virusrelaterat. Alla kan behöva distraktion från situationen.
- Ta inte med mobil, surfplatta (t ex

iPad) eller dator till sovrummet – stäng av dem när du ska sova för att inte bli störd.

- Distrahera dig från information och tankar om krisen med aktiviteter som du tycker om. Gör också gärna något praktiskt för att hjälpa till – handla åt en äldre granne eller prata i telefon med en äldre släkting som du inte kan besöka.
- Begränsa tiden som du uppdaterar dig med nyheter om corona och Covid-19.
- Gör sovrummet till en bekväm, sval, tyst och mörk plats i den mån det går.
- Motionera regelbundet i någon form, helst i dagsljus.
- Försök få dagsljus varje dag, helst på morgonen. Det underlättar de biologiska processer som gör det lättare att somna på kvällen.
- Hitta avslappnande gå-och-läggadig-rutiner. T ex att läsa, göra yoga, eller liknande.
- Om du är mindre aktiv än vanligt, så anpassa dig till det med mindre måltider på fasta tider. Ät senast två timmar före läggdags för att undvika att sömnen störs av matsmältningen. Men försök hellre att hålla aktivitetsnivån uppe! Kvinnor är mer drabbade av sömnproblem, och det är dessutom fortfarande ofta de som tar en större del av ansvaret för barn och hem – något som kan bli extra påfrestande i tider då alla är hemma mycket mer än vanligt. Därför är ett generellt råd att se upp lite extra med fördelningen av arbete och ansvar i hemmet, speciellt för barnfamiljer.

## Sömnråd speciellt för barn med sömnsvårigheter

- Välj passande sov- och uppstigningstider för dina barn och hjälp dem hålla tiderna vardag som helg.
- Skapa en regelbunden rutin för barnet den sista halvtimmen innan läggdags, med lugnande aktiviteter som både du och barnet uppskattar, om möjligt. Håll den rutinen varje kväll, samma tid.
- Det är möjligt att användning av mobiler och andra tekniska enheter (inklusive TV) ökar om man måste vara hemma mycket, men försök att ha en teknikfri stund efter middag eller en stund före läggdags.
- Se till att barnet inte använder mobiler, plattor och datorer i sängen.
- Försök se till att barnet inte använder sängen till annat än sömn, eller om det inte går, markera på ett tydligt sätt skillnaden mellan att vara i sängen på dagen respektive på natten (t ex genom att bädda med överkast).
- Försök se till att barnet kommer ut i dagsljus på morgonen. Ät gärna frukost ute om det går, sitt på altanen, balkongen eller i ett soligt/ljust fönster om ni är i karantän.
- Hjälプ barnet att komma ut och röra på sig, eller träna inne om ni är i karantän – det finns många träningsprogram för barn på internet.
- Håll en låg temperatur i barnets sovrum (18-19 grader är lagom).
- Förklara för barnen att scheman och rutiner kommer att hjälpa dem att må och sova bättre, och hjälp dem hantera oro.
- Sov inte i barnets säng (om ni inte brukar göra det). Om barnet vaknar och är oroligt under natten, hjälp barnet att komma till ro igen. Prata med barnet om oron under dagen istället.

## Sömnråd för vårdpersonal och andra med ökad arbetsbörda vars sömn-möjligheter påverkas

- Planera in korta stunder med pålitliga kolleger, vänner eller familjemedlemmar för att prata om stress, dina känslor och oro kring din arbetssituation.
- Under din begränsade fritid, ägna dig åt aktiviteter som distraherar från krisen och håll dig igång med sådant du brukar tycka om.



- Begränsa tiden du lägger på nyheter och information om Covid-19-krisen som inte relaterar direkt till din arbetssituation.
- När du är ledig, försök motionera regelbundet, men inte precis före läggdags.
- Försök få naturligt dagsljus under dagen, och om det inte går, använd starka lampor på jobbet. Ha dämpad belysning i ditt sovrum.
- Välj bekanta och avslappnande aktiviteter före läggdags eller tupplurar: läsning, yoga eller liknande.
- Ät lätta måltider så regelbundet du kan. Ät inte precis innan du ska sova, för att undvika att sömnen störs av matsmältningen.
- Om du märker att du börjar fungera sämre på jobbet på grund av sömnbrist, t ex att du gör misstag, har stora koncentrationssvårigheter, extrem irritabilitet eller mycket starka känslor – informera kolleger och arbetsledare och ta en tupplur om du kan. Även en kort tupplur kan ge god minskning av denna typ av besvär.
- När du slutar efter ett långt skift, undvik att köra hem i egen bil och därmed riskera en olycka. Om möjligt, gå eller cykla hem, annars, ta taxi eller kommunalt transportmedel.

## Råd om sömnmediciner

- Ta helst inte receptbelagda sömnmediciner, de har tveksam effekt och kan ha biverkningar om de används länge.
- Det finns inget vetenskapligt stöd för att naturläkemedel och receptfria läkemedel ger bättre sömn.
- KBT-i, kognitiv beteendeterapi mot insomni, rekommenderas som förstahandsval för behandling av sömnsvårigheter av typen insomni.

## Tekniker som baseras på KBT-i har bäst evidens.

- Om KBT-i inte finns tillgängligt eller inte fungerar, kan korttidsbehandling med zopiklon eller zolpidem vara effektivt.
- Lugnande antidepressiva mediciner (t ex mirtazapin) kan fungera som korttidsbehandling för den som har en samtidig ångestsjukdom eller depression.
- Om sömnmediciner används är det viktigt att rekommendationerna följs angående dos, frekvens och hur lång tid de ska användas, och att effekten följs upp.



# Klimat:

## Videomöte Dalai Lama – Greta Thunberg

### Dalai Lama:

– När jag hörde om den här unga flicka från Sverige kände jag att ett starkt hopp väcktes. Den unga generationen, dagens ungdomar kan påverka framtiden.

– Vår generation har ställt till med stora problem. Det som har hänt har hänt och nu måste de hitta en lösning.

– Om jag får be er en enda sak, så är det att ni läser på om det här så mycket så möjligt för att sedan sprida kunskapen vidare till andra.

– Vi måste starta en folkrörelse och förändra den sociala normen

Källa: SVTjan21



## Inre omställning krävs för yttre hållbarhet

Det är inte bara yttre förändringar inom områden som jordbruk, transporter och byggande som krävs för ett samhälle i ekologisk balans. Allt fler svenska forskare menar att den inre omställningen av våra tankesätt, känslor och värderingar är minst lika viktig. Trots decennier av debatt och politiska mål kring hållbarhet, har den förändring som krävs i samhället inte skett. Enligt Christine Wamsler beror det just på att fokus främst har legat på yttre faktorer som ekosystem, socioekonomiska strukturer, teknik och politik, både i praktiken och i utbildning och forskning.

Hon är professor vid Lunds universitet och en pionjär inom forskning och undervisning när det gäller att förena hållbarhet med inre omställning. Christine Wamsler ser den inre omställningen som avgörande för att göra samhället hållbart. Hon definierar begreppet som förändringar i människans inre dimensioner, exempelvis vår världsbild, våra värderingar, tankesätt och övertygelser. Det handlar också om relaterade kognitiva och känslomässiga förmågor som självmedvetenhet, medkänsla och empati.

Källa: [www.forskning.se](http://www.forskning.se), intervju med professorn Christine Wamsler, Lund Universitet, 2021-01-13.

## Pandemi

[www.sll.se](http://www.sll.se)

### Samlad bedömning

Sedan den 14 december är beredskapsläget för den regionala särskilda sjukvårdsledningen (RSSL) höjt till förstärkningsläge. Samtliga länets akutsjukhus arbetar i förhöjt beredskapsläge och har en mycket ansträngd situation för att kunna ta hand om både patienter med covid-19 och de med andra sjukdomar.

– Nu ser vi lite större variationer i sjukvårdsbehovet för covid-19 patienter. Idag är det färre än 700 patienter med covid-19 som behöver vårdas vid sjukhus. Vi har också noterat ett lägre antal som valt att testa sig för covid-19 under helgerna och därmed har vi något lägre antal konstaterat smittade. Det här är ett mönster vi känner igen från säsongsinfluensan som brukar lugna ner sig över jul- och nyårshelgerna och så snart helgerna är över tar den fart igen. Vi måste alla följa de råd och rekommendationer som gäller för att vi inte ska få ett sådant mönster för covid-19, säger hälso- och sjukvårdsdirektör Björn Eriksson.

Patienter som behöver akut vård ska ta hjälp av 1177 för vägledning eller kontakta 112 om det är livshotande. Patienter med bokad planerad vård ska komma dit om inte vårdgivare meddelat något annat.

- Håll i – Håll ut – Håll avstånd -

### Tips!

[www.naturvardsverket.se](http://www.naturvardsverket.se)

Fördjupad analys av den svenska klimatomställningen 2020  
*Klimat och luft i fokus*, ISBN 978-91-620-6945-2. Laddas ned gratis från Naturvårdsverkets hemsida.

# En tidsresa i biblioteket 1990-2009

En tidsresa i biblioteket försöker få en kontext/ett ansikte på beteendeterapins utveckling i Sverige och även på kognitiv-beteendeterapi som integrationsmoment. Vilka personer har varit med och arbetat för att införa och utveckla det vi har idag? Här har vi bara några namn och fokuset ligger på perioden 1990-2009 utifrån en begränsad sökning på KB och en komplettering.

De områden som var mest aktuella i början på den här utveckling i Sverige: förskola, skola, arbetsliv och organisation, missbruk, kriminalvården, psykiatri, sjukvård, egen vård. Källa: Det kungliga biblioteket (KB).

Text: Alejandro Muñoz Retamal

## 1990-1999

1990- *Biofeedback for self-control in the treatment of migraine* / by Jan Lisspers

ISBN 91-554-2574-7 ; Uppsala : Stockholm : Univ. ; Almqvist & Wiksell International [distributör], 1990 ;[6], 29 s. ; 21 cm . Serie: Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, [ISSN: 0282-7476 ;] Nr 260

1990- *Elöverkänslighet: en förklaringsmodell, några karakteristika hos drabbade och effekten av psykologisk behandling med kognitiv-beteendeterapeutiska metoder* /by Uwe Harlarcher. ISBN 9122017895. Stockholm : Almqvist & Wiksell International, 1998, 162 s. tab. 25 cm. Serie: Studia psychologica et paedagogica. Series altera, [ISSN: 0346-5926 ;] Nr 135.

1990- *Attenuation of the behavioural effects of alcohol : antagonism and acute tolerance* / by Arto J. Hiltune. ISBN 91-554-2569-0 ; Uppsala : Stockholm : Univ. ; Almqvist & Wiksell International [distributör], 1990 ;

1994-- *Individual factors modifying chemotherapy related nausea and vomiting* / Timo J. Hursti.

ISBN 91-628-1292-0. Stockholm, 1994 ; Serie: Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Social Sciences, [ISSN: 0282-7492 ;] Nr 20

1999- *Social fobi* : [att känna sig granskad och bortgjord] / Anna Käver. (författare). ISBN 9189091124. Publicerad: Stockholm : Cura, 1999. Tillverkad: Finland. Svenska 176 s.

1999- *Kognitiv beteendeterapi för social fobi : en utvärdering* / Anders Lindskog (författare) Göteborgs universitet. Psykologiska institutionen (utgivare). Göteborgs univ., 1999. Svenska 26 s. Serie: Psykologexamensuppsats / Göteborgs universitet. Psykologiska institutionen, 99-0893660-3 ; 1999:vt

1999- *Att förstå tvångssyndrom* / av Susanne Bejerot ; [illustratör: Håkan Hedstrand] Pfizer (utgivare). ISBN 91-630-5935-5. Uppdaterad [utg.]. Täby : Pfizer, 1999. Svenska 40 s. Bok

## 2000-2005

2000 - *Tinnitus : orsaker, teorier och behandlingsmöjligheter* / Gerhard Andersson.

ISBN 9144013256. Publicerad: Lund : Studentlitteratur, 2000.

2000- *Fobier* 2000 - Kerstin Hellström och Åsa Hanell. ISBN 9151836416. Stockholm : Prisma, 2000. 183 s. 24 cm - 1994

*Rädsla, ångest, fobi* / Arne Öhman. ISBN 9188584038 Stockholm : Scandinavian Univ. Press, 1994. Serie: Forskningens frontlinjer, [ISSN: 99-0406911-5]

2001- *Specific phobias in children and adolescent: a cognitive-behavioral approach*, Stockholm: Akademityck, 2001. Lisa Svensson numera Clefberg.

2002 - *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning*, Anna Käver, Åsa Nilsson. Natur och



Kultur.

**2002 -The enhancement of video feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety. A single-session experiment.**

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 33(1):19-37

DOI: 10.1016/S0005-7916(02)00010-1. April 2002. Authors: Hi-Young Kim, Stockholm University, Lars-Gunnar Lundh, Lund University

**2003 -Panic disorder with agoraphobia : cognitive-behavioral treatment and theory** / Ulrika Thulin. ISBN 9172655615. Stockholm : Dept. of Psychology [Psykologiska institutionen], Univ. 2003.

**2003 - Metaanalys : metoder, tillämpningar och kontroverser** / Gerhard Andersson. ISBN 9144030754. Publicerad: Lund : Studentlitteratur, 2003.

**2004 -Att leva ett liv, inte vinna ett krig. Om acceptans**, Anna Kåver, Natur och Kultur

**2004 – Återfallsprevention: färdighetsträning vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel**, Lars Saxon, Peter Wirbing. ISBN 91-44-02942-X, ISBN 9789144029429, Lund : Studentlitteratur, 2004. 164 s. ; 23 cm .

**2004 -Panic! Its prevalence, diagnosis and treatment via the Internet** / by Per Carlbring.

ISBN 9155459277. Publicerad: Uppsala : Acta Universitatis Upsaliensis, 2004

Tillverkad: Uppsala : Universitetstryckeriet. Engelska.

Serie: Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Social Sciences, 0282-7492 ; 136

**2004-Kognitiv beteendeterapi vid tinnitus** / Viktor Kaldo & Gerhard Andersson ; [tecknare: Maja Björk]. ISBN 9144042973. ISBN 9144042978. ISBN 9789144042978. Lund : Studentlitteratur, 2004

**2005 -Behavioral treatments of panic disorder with agoraphobia : treatment process and determinants of change** / Jonas Ramnerö. ISBN 9171550224, Stockholm : Department of Psychology [Psykologiska institutionen], Stockholm University, 2005

**2006 -KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi**, Anna Kåver, Natur och Kultur.

**2005 - Charlie och Komet : utvärdering av två lärarprogram för elever med beteendeproblem** / Martin Forster ... Stockholm : Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten, 2005 Serie: FoU-rapport / Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad, [ISSN: 1404-3351 ;] Nr 2005:2

**2005 -En grund för att växa : forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn** / Knut Sundell & Martin Forster Stockholm : Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad, 2005 Serie: FoU-rapport / Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad, [ISSN: 1404-3351;] Nr 2005:1

## 2006

**2006 Bok: KBT – Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin**, Lars Göran Öst red. Natur och Kultur. ISBN 13:978-91-27-10947-6 ISBN 10:91-27-10947-x

Lars Göran Öst i samarbete med Lennart Melin, Håkan Wisung, Bengt E. Westling, Elizabeth Breitholtz, Sandra Bates, Nenad Paunovic, Jonas Ramnerö, Per Borell, Ata Ghaderi, Lars-Gunnar Lund, Elizabeth Malmqvist, Therese Sterner, Lars Forsberg och Eva Magoulias.

Innehåll: Teoretisk bakgrund -- Beteendeanalys -- Paniksyndrom med och utan agorafobi -- Specifik fobi och social fobi -- Generaliserat ångestsyndrom -- Tvångssyndrom -- Posttraumatisk stresstörning -- Depression och bipolär störning -- Schizofreni -- Åtstörningar -- Sömnstörningar -- Borderline personlighetsstörning -- Självskadande beteende -- Alkohol, drog- och spelberoende -- Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar.

**BTF:s antal medlemmar = 900** (Lars Göran Öst, december 2005).

**2006-Treatment of social phobia : development of a method and comparison of treatments** / Ewa Mörtberg. ISBN 91-7140-726-X. Stockholm, 2006.

**2006 – KBT: kognitiv beteendeterapi: komma på bättre tankar**, Åsa Palmkron

ISBN 91-89638-09-3. Lund : Palmkron, 2006. 258 s. ; 21 cm

2006–**Gå ner i vikt med kognitiv beteendeterapi: den dokumenterat framgångsrika metoden**,

Lisbeth Stahre. ISBN 9137127667. ISBN 9789137127668. Stockholm : Forum, 2006. 233 s. 22 cm

**2006 – Beteendets ABC: en introduktion till behavioristisk psykoterapi**, Jonas Ramnerö, Niklas Törneke.

ISBN 91-44-04374-0. ISBN 978-91-44-04374-6. Lund : Studentlitteratur, 2006. Innehåll: Ett funktionellt perspektiv -- Topografiska aspekter på beteende -- Att observera beteende -- Att kunna sitt ABC -- Att lära via association: respondent inläring -- Att lära via konsekvenser: operant inläring -- operant inläring: stimuluskontroll -- Att lära via relationsinramning: om tänkande på gott och ont -- Att tillämpa sitt ABC -- Fungerande kunskap -- Samtal till förändring -- Princip och praktik -- Behandlingsprinciper 1 -- Behandlingsprinciper 2.

**2006 - Social fobi : effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi** / Tomas Furmark ... ISBN 91-47-05328-3. ISBN 978-91-47-05328-5 (2. [tr.]). Lund : Liber, 2006. 251 s. ; 21 cm

**2006 - Till spelfriheten! : kognitiv beteendeterapi vid spelberoende – manual för behandling individuell eller i grupp**, Liria Ortiz. ISBN 91-27-10939-9 (inb.)

ISBN 978-91-27-10939-1 (inb.) Stockholm : Natur och kultur, 2006. 248 s. ; 25 cm

**2006-Mer än blyg : om social ångslighet hos barn och ungdomar** / Liv Svirsky, Ulrika Thulin och Lars-Göran Öst ( kap. 2 app II). ISBN 9189091426. Stockholm : Cura, 2006.

**2006 -Hälsoprojekt : utvärdering av projektet Minskad sjukfrånvaro med regelbunden fysisk träning** / Ulrika von Thiele och Petra Lindfors. Stockholm : Kompetensfonden, Stockholms stad, 2006Stockholms stad (Sverige : 1984-). Kompetensfonden Minskad sjukfrånvaro med regelbunden fysisk träning (projekt)

## 2007

**2007- Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi** / Gerhard Andersson ; Jan Bergström. ISBN 9789185675067. Stockholm : Viva, 2007.

**2007 Bok: Tillsammans. Om medkänsla och bekräftelse**, Anna Kåver, Åsa Nilsson, Natur och Kultur.

**2007 Bok: Sluta äta och grubbla – lättare gjort med kognitiv beteendeterapi**, Olle Wadström, Psykologinsats

**2007 Bok: Sömn : sov bättre med kognitiv beteendeterapi** / Marie Söderström.

ISBN 9789185675005. ISBN 9185675008. Stockholm : Viva, 2007.304 s. 22 cm.

**2007: Bok: - Från självsvält till ett fullvärdigt liv : en ny KBT-metod i 6 steg** / Ata Ghaderi, Thomas Parling. ISBN 9789127114852 (inb.). Stockholm : Natur och kultur, 2007.303, [1] s. : ill. ; 25 cm

**2007: Bok: Ingen panik : fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi** / Per Carlbring och Åsa Hanell. ISBN 978-91-27-11466-1 (inb.). Stockholm : Natur & kultur, 2007.

**2007 Bok: Bryta vanor : kognitiv och beteendeinriktad behandling vid missbruk och beroende** / Carl Gyllenhammar. ISBN 9789127026933 (inb.). Stockholm : Natur och kultur, 2007.

## 2008

**2008 Bok: Stress- och utmattningsproblem : kognitiva och beteendeterapeutiska metoder** / Niclas Almén.

ISBN 9789144027951.Lund : Studentlitteratur, 2007.408 s. 23 cm. Innehåll: KBT vid stress- och utmattningsproblem -- Stress -- Ångest -- Utbrändhet -- Diagnoser besläktade med utbrändhet -- Stress- och utmattningsproblem - en förklaringsmodell -- Teorier om inläring och beteenden -- Kognitiv psykologi -- Tre analysmodeller -- Beteendeanalys -- Beteendeförändring -- Mål, värderingar och antaganden -- Beteendexperiment -- Exponering -- Tankefallor -- Aktivitet/anspanning och avspänning/återhämtning -- Fysisk aktivitet -- Tillämpad avslappning (TTA) och tillämpad avspänning (TASP) --- Alternativa tankar och beteenden -AToB-metoden -- Kommunikation - stilar och färdigheter -- Kommunikation - gränsöverskridanden och gränssättning -- Typ A-beteende -- Panikångest - med eller utan agorafobi -- Kronisk oro -- Kravfobi och arbetsplatsfobi -- Skamkänslor -- Social ångest -- Depressivitet -- Kognitiv funktionsnedsettning -- Stressrelaterad sömnstörning -- Stressrelaterad sexuell störning -- Stressrelaterad smärta -- Arbete, sjukskrivning och arbetsåtergång.

**2008 Bok: Föräldrahjälpen : förändra familjelivet med KBT** / Liv Svirsky. ISBN 978-91-0-011598-2 (inb.). Stockholm : Bonnier, 2008.

**2008 Bok: Förändra ditt liv med KBT och motiverande samtal MI** / Liria Ortiz. ISBN 9789127100176. Stockholm : Natur och kultur, 2008.

**2008 Bok: Sov gott! : råd och tekniker från KBT** / Susanna Jernelöv. ISBN 9789172321243. Stockholm : Månocket, 2008

**2008 Bok: Hantera din stress med kognitiv beteendeterapi** - Innehåll: Vad är stress? -- Vad är kognitiv beteendeterapi?



-- Tio steg mot minskad stress -- Att hålla beteendeförändringen vid liv/ Giorgio Grossi. SBN 9789185675227 (inb.). Stockholm : Viva, 2008 I

**2008 Bok: KBT-akuten : fri från perfektionism, kontrollbehov, konflikträdsla och andra relationproblem** / Maria Farm ISBN 978-91-85675-19-7 (inb.). Stockholm : Viva, 2008.

**2008 Bok: Cognitive behavioural therapy as guided self-help to reduce tinnitus distress**/Viktor Kaldö. ISBN 9789155472351 Uppsala : Acta Universitatis Upsaliensis, 2008. Serie: Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences, [ISSN: 1652-9030 ;] Nr 40

**2008 Bok: KBT och barn : handbok med praktiska råd till föräldrar, förskola och skola** / Helen Adolfson och Maria Elmfeldt Öhrskog. ISBN 978-91-89091-49-8. Stockholm : Cura, 2008.

**2008 Health and ill health in working women : balancing work and recovery** / Ulrica von Thiele Schwarz. ISBN 9789171557599. Stockholm : Department of Psychology, Stockholm University, 2008. Stockholms universitet. Psykologiska institutionen

## 2009

**2009 Bok: Relational frame theory : teori och klinisk tillämpning** / Niklas Törneke. ISBN 9789144054537. Lund : Studentlitteratur, 2009.

Innehåll: Radikal behaviorism och grundläggande beteendeanalytiska principer -- Tänkande och mänskligt språk -- Är frågan om tänkandets makt kliniskt relevant? -- Det mänskliga språkets grund: - härledda relationsresponsor -- Analogier, metaforer och vår upplevelse av ett själv -- Relationsinramning och regelstyrt beteende -- Det mänskliga språkandets mörka sida -- Inlärningsteori och psykologisk behandling -- Klinisk beteendeanalys: generella riktlinjer -- Att ändra kontext - fokus på konsekvenser -- Att ändra kontext - fokus på antecedenter

**2009 Bok: Coaching med tema KBT : en handbok och självhjälpsbok** / Åsa Palmkron Ragnar, Lena Brandt Persson. ISBN 978-91-89638-20-4. Lund : Palmkron, 2009

**2009 Bok: Från brott till genombrott : kognitiv beteendeterapi för tonåringar med psykosociala problem** / Martin Lardén. ISBN 978-91-7205-618-3. Stockholm : Gothia : Statens institutionsstyrelse (SiS), 2009.

**2009 Bok: Cool kids : KBT-behandling för barn med ångest** / [Pia Enebrink ...] Stockholm : Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2009 Serie: FoU-rapport / Stockholms läns landsting, Barn- och ungdomspsykiatri, [ISSN: 1404-8353 ;] Nr 2009:1. Stockholms läns landsting. Barn- och ungdomspsykiatri

**2009 Bok: Kognitiv beteendeterapi vid hetsättningsstörning och övervikt** / Klara Edlund & Ata Ghaderi (redaktion). ISBN 978-91-44-03001-2. Lund : Studentlitteratur, 2009. Innehåll: S. 23-36 : Riskfaktorer för och prevention av hetsättningsstörning : s. 37-48 : Förlopp och konsekvenser : s. 49-56 : Är hetsättningsstörning en form av beroende? : s. 57-74 : Forskningsöversikt : s. 75-86 : Introduktion till kognitiv beteendeterapi : s. 87-98 : Terapeutiskt förhållningssätt : s. 99-110 : Introduktion til behandlingsmanual

**2009 Avhandling: Fears, anxieties and cognitive-behavioral treatment of specific phobias in youth** / Lena Reuter-skiöld. ISBN 9789171557940. Stockholm : Department of Psychology, Stockholm University, 2009

**2009-Fem gånger mer kärlek** : [forskning och praktiska råd för ett fungerande familjeliv : en bok till föräldrar med barn mellan 2 och 12 år] / Martin Forster. ISBN 9789127088702 (inb.). Stockholm : Natur & kultur, 2009

**2009-Lev med din kropp : om acceptans och självkänsla** / Ata Ghaderi, Thomas Parling. ISBN 9789127114937. Stockholm : Natur & kultur, 2009. Innehåll: Utseende och kroppsuppfattning -- Självbild och självkänsla -- Livsvärden - vad är viktigt i ditt liv? -- Återupptäck din kropp - bortom din inre dialog --Relationen mellan din kroppsuppfattning och självkänsla - hur vill du ha det? -- Kartlägg din inre dialog - förstå, ta ställning, förändra och acceptera -- Villighet och acceptans - konsten att leva -- Ta hand om din kropp och var närvarande -- Behåll förändringar och förebygg återfall - hur går du vidare?



# Saxat från KBT-listan



## Läsvärda CBT-artiklar

Från: 'Björn Skoruppa' via KBT-listan, Skickat: den 8 december 2020 09:34

Ämne: [KBT-listan] Tack för mycket läsvärda CBT-artiklar

Hej listan!

I förra veckan damp sex nummer (i form av tre häften) av Cognitive Behaviour Therapy ner i brevlådan, och jag har nu hunnit skumma och läsa de för mig mest intressanta artiklarna. Letar ofta efter kliniskt relevanta sådana, och denna gång blev jag särskilt imponerad och glad:

- Meta-analys angående psykologiska och medicinska behandlingar av GAD,
- Vad som orsakar avhopp vid sömnbehandling,
- Meta-analys angående EMDR för allehanda problematik,
- Orsaker till avhopp från DBT,
- Nyttan av fysisk aktivitet som tillägg till beteendekivering,
- Experters åsikter om de effektivaste inslagen i KBT,
- Hur bruket av KBT kan motiveras inför patienterna,
- Hur man mäter terapeuter följsamhet gentemot manualer,
- Nyttan av handledning, och
- Om sambandet mellan antalet samtal och utfall vid behandling av ångest.

Allt detta har jag stor användning av i mitt arbete och i diskussionerna på den psykiatriska öppenvårdsmottagning där jag är verksam. Andra läsare hittar säkert ytterligare guldklippar, och det är glädjande att denna högkvalitativa tidskrift ingår i medlemskapet i BTF.

Vänligen, Björn Skoruppa

## Written exposure

Från: Anneli Farnsworth von Cederwald. Skickat: den 1 december 2020 17:47

Nu är det bara en liten stund kvar till årets sista BTF-salong! Här kommer en liten påminnelse om länken och ämnet (se Johannas mail nedan).

From: Johanna Morén <johanna.more@hotmai.com>.  
Date: 25 Nov 2020, 21:56 +0100  
Subject: [KBT-listan] BTF-salong 1 december

Hej!

Ni missar väl inte decembers salong nu på tisdag 1 december kl 18! Nedan är informationen som lagts ut på Facebook: Written exposure, en effektiv behandlingsform för PTSD, utvecklades i syfte att vara enklare att implementera, mer kostnadseffektiv och ha lägre dropouts än andra traumabehandlingar. Metoden har visat sig fungera väl och lämpar sig extra väl för behandling inom primärvård då den möjliggör behandling med ett mindre antal sessioner.

Moa Eckerdal är psykolog och jobbar på Hälso medicinskt Center i Landskrona och har tidigare arbetat inom

primärvården. I detta arbete har hon behandlat ett flertal patienter med hjälp av written exposure och kommer under denna BTF-salong berätta om metoden och dela med sig av sina erfarenheter från det.

Salongen är helt digital och kommer inte spelas in så se till att vara med! För de som vill så blir det digitalt mingel efteråt. Jag vet att jag kommer vara där! Hoppas att vi ses!

Eder ordförande, Johanna Morén

## BTF:s synpunkter på SKR:s insatsprogram vid ADHD

Från: Alexander Sävås. Skickat: den 13 december 2020 10:25  
Ämne: [KBT-listan] BTF:s synpunkter på SKR:s insatsprogram vid ADHD

Hej kära medlemmar!

Vi i styrelsen har i slutet av förra veckan skickat in våra synpunkter på Sveriges Kommuner och Regioners insatsprogram vid ADHD ( <https://www.vardochinsats.se/adhd/> ). Dessa synpunkter vill vi nu dela med er, dels för att vi tänker att det kan vara av kliniskt intresse, dels för att synliggöra vårt arbete och vad medlemskapet i BTF möjliggör. Kortfattat kan sägas att vi uppfattar programmet som heltäckande, men att det saknar en tydlig stegvis prioritering av insatser och att det förekommer en del felaktiga beskrivningar samt avsaknad av evidensbaserade metoder i skolan.

Vi vill också rikta ett stort tack till Gustav Nilsson och Tatja Hirvikoski som hjälpt oss med texten kring skolan respektive granskning av vår text och kloka kommentarer. Utan er hade synpunkterna inte blivit alls lika skarpa, stort tack! Med det får jag önska er alla en mysig luciadag och tredje advent!

Med vänliga hälsningar, Alexander Sävås

## BTF:s blogg

Från: Emil Rosander. Skickat: den 12 juli 2020 18:13  
Ämne: [KBT-listan] Skriva för BTF:s blogg

Hej alla!

Som flera av er förhoppningsvis känner till publicerar vi ungefärligen varje månad ett blogginlägg på hemsidan, författat av någon av våra medlemmar. Vi skulle tycka att det vore roligt om fler av våra medlemmar skulle vilja skriva inlägg. Kanske just du har något intressant att dela med dig av till oss andra?

Så länge inlägget har en koppling till KBT, inlärningsteori eller beteendeterapi är det fritt fram att skriva om vilket ämne du vill. Inlägget kan handla om till exempel forskning du håller på med, ett ämne du fördjupat dig, en bok du skrivit, starka åsikter du har om något, en rolig anekdot, en frågeställning du reflekterat över eller något helt annat. Inget ämne är för stort eller för litet.





Hör av dig till mig om du tycker det låter intressant!  
Emil Rosander, ledamot i styrelsen och mediegruppen. emil.rosander@gmail.com

## Jubileumssalonger för BTF -2021

Från: Johanna Morén . Skickat: den 18 januari 2021 09:10  
Ämne: [KBT-listan] Jubileumssalonger för BTF!

För att fira att BTF fyller 50 år så gör vi en krevad av BTF-salonger. Inte för utsläckning denna gången – utan för att det ska bli många fler år och många fler möten. Som ett litet fyrverkeri eller konfetti!

Vi inleder denna jubileumskrevad 50 dagar innan den digitala kongressen som är 12-13 mars. Upplägget är en timmes föreläsning mellan kl 18-19 med möjlighet till digitalt mingel efteråt. En del av salongerna har ännu inte fått titel, men personerna har vikt tid åt att hålla föreläsning. Vi uppdaterar allt eftersom och vem vet – kanske det kommer ytterligare några. För övriga BTF-salonger titta här:

<https://www.facebook.com/BTF.SABT/events>  
eller här:  
<https://www.beteendeterapeutiska.org/event>

Först ut är:

**Susanna Grund: 21/1 ”KBT, autism och samsjuklighet”**  
Susanna är leg psykolog, utbildad i kognitiv beteendeterapi vid Uppsala universitet (psykologexamen 2004). Hon har arbetat inom psykiatri och habiliteringen och har lång erfarenhet av handledning och utbildning till personal kring behandling, utredning och bemötande vid arbete med neuropsykiatriska frågeställningar och samsjuklighet. Kliniskt fokus är behandling för ångestsyndrom, depression och utmattningsdepression, framförallt hos personer som har samtidiga neuropsykiatriska funktionsvariationer. Hon utför även neuropsykiatriska utredningar på ungdomar och vuxna. Vid sidan om arbetet utbildar hon sig till specialist i neuropsykologi.

Kommande föreläsare och datum är:

**Tobias Lundgren: 2/2 –Mentala färdigheter elitidrottare behöver utveckla för att prestera bra och må bra.**

**Matti Cervin: 9/2 ”Psykologiska nätverk: paradigmskifte eller modefluga?”**

Matti arbetar som specialistpsykolog inom barn- och ungdomspsykiatri i Skåne med ansvar för forskning och utbildning. I samarbete med psykologprogrammet i Lund utvecklar han en utbildningsmottagning inom BUP där psykologstudenter genomför utredningar och behandlingar. Mattis avhandling handlade om vilka emotioner (rädsla, äckel, ofullständighetskänsla) som driver tvång hos barn och ungdomar. Hans nuvarande forskning är inriktad mot vilka svårigheter som är generella (transdiagnostiska) för psykiska problem och vilka som är mer specifikt kopplade till vissa symtom. I sin forskning använder han sig av EMA-metoder (intensiv datainsamling i vardagen), longitudinella designar

och hjärnabbildning.

**Isabel Petrini och Niklas Möller: 16/2 ”XBT: Existentiell Beteendeterapi”**

Vi heter Isabel Petrini och Niklas Möller jobbar båda som psykologer i Uppsala med målgruppen krigsskadade och torterade. Vi kommer att prata utifrån vår senaste bok ”XBT: Existentiell Beteendeterapi”. Boken är ett försök att beskriva hur existentiella villkor och frågor inkluderas i beteendeanalysen. Vi hoppas boken ska hjälpa till att tvätta bort den gamla tröttsamma bilden av att KBT och de djupa allmänmänskliga frågorna inte hör ihop.

**Niklas Törneke och Jonas Ramnerö: 24/2 ”Vad är samtalsterapi?”**

En konversation om konversationer med Jonas Ramnerö och Niklas Törneke”

**Liria Ortiz: 5/3 ”Att förstärka hopp, uthållighet och motståndskraft vid kriser”**

Liria Ortiz är legitimerad psykolog, psykoterapeut och handledare samtidigt specialist i klinisk psykologi och författare. Hon är känd från TV och radio och är anlitad som föreläsare med inriktning mot motivation och gnäll. Hon har skrivit bland annat När förändring är svårt. Att hantera motstånd med motiverande samtal, Motiverande samtal i arbete med våld i nära relationer och Konsten att gnälla. Stoppa gnäll – hos andra och dig själv.

**Malin Gren Landell: 11/3 – ingen titel än.**

## Social ångest med virtual reality

Från: Per Carlbring

Skickat: den 15 januari 2021 07:17

Till: kbt-listan@googlegroups.com

Ämne: [KBT-listan] Digital disputation idag (Social fobi & Virtual reality)

Klockan 10 idag disputerar Lichen Ma vid Stockholms universitet med en avhandling om behandling av Social fobi med virtual reality-- Lichen Ma – digital disputation, webinar form 2021-01-15

Idag försvarar doktorand Lichen Ma sin doktorsavhandling med titeln ”In search of the missing bias: Virtual reality based attentional bias modification for social anxiety”.

Docent Martien Schrooten från Örebro Universitet kommer vara opponert. Handledare var Per Carlbring (huvudhandledare), Fredrik Jönsson samt Anne-Wil Kruijt.

Disputationen sker digitalt – alla är välkomna att delta!

Med anledning av coronaviruset kommer disputationen att ske på distans i webinar-form. Vänligen anslut i tid före kl. 10.00. Du hamnar då i ett väntrum och släpps in när disputationen börjar.

Webinarlänk (Zoom):

<https://stockholmuniversitet.zoom.us/j/64544508778>

**Lichens egna svenska sammanfattning:**

Attentional bias modification (uppmärksamhetsbiasmodifiering; ABM) syftar till att dämpa social ångest genom att direkt modifiera den underliggande bias som genererar

och upprätthåller klinisk ångest. Blandade tidigare resultat i ABM-forskning har sporrat försök att öka effektiviteten av ABM genom att introducera ännu mer robusta protokoll och nya teknologier. Den föreliggande avhandlingen undersökte effekterna av virtual realitybaserad (VR) ABM-träning på uppmärksamhetsbias och symptom på social ångest.

Studie I undersökte effektiviteten av en träning vid ett enstaka tillfälle med en VR-baserad dot-probe-uppgift med målet att minska uppmärksamhetsbias och symptom på social ångest. Resultaten uppvisade inga signifikanta skillnader mellan experimentgruppen med ABM-träning och placebogruppen. Ingen uppmärksamhetsbias observerades vid baseline, och dot-probe-uppgiften förändrade inte uppmärksamhetsbiasen. Användning av tvådimensionella eller tredimensionella stimuli i uppgiften hade ingen signifikant effekt på varken bias eller ångestsymptom. Vi observerade en generell minskning i ångestsymptom över tid, men detta gällde både experiment- och placebogrupp, och magnituden av minskningen var inte kliniskt signifikant. Studie II undersökte effektiviteten av träning vid ett enstaka tillfälle med en VR-baserad person-identity-matching-uppgift (PIM).

Resultaten var praktiskt taget identiska med de som uppkom i Studie I; ingen uppmärksamhetsbias observerades vid baseline och ingen korrelation observerades mellan bias och ångest. Ingen förändring i uppmärksamhetsbias uppkom efter ABM-träning. Gällande ångestsymptom så hade deltagarna en generell minskning i ångest över tid, men minskningen var återigen inte begränsad endast till aktiv träning och var inte heller kliniskt signifikant. Sammantaget visade de två empiriska studierna i denna avhandling inga betydande behandlingsfördelar från VR-baserad ABM-träning vid enstaka tillfälle. Noggrannare, pålitligare, och mer precisa mätningar av uppmärksamhetsbias krävs innan vi kan göra en ordentlig bedömning av den faktiska effektiviteten av ett ABM-protokoll.

Studie III hade en bredare ansats, där en sammanställning gjordes av aktuella expertåsikter på användning av virtuell och blandade reality-tekniker i behandlingen av ångest- och stressjukdomar. Fokus i studien låg på att utvärdera det nuvarande läget i teknikassisterad psykoterapi och dess prospektiva utveckling. Experterna medgav att aktuella VR-psykoterapier fortfarande har en del utmaningar kvar, men konsensus var att den övergripande synen på framtida VR-terapier kvarstår som god.

**Delarbeten**

1. Attentional Bias Modification in Virtual Reality: A VR-Based Dot-Probe Task With 2D and 3D Stimuli
2. Seeking neutral: A VR-based person-identity-matching task for attentional bias modification – A randomised controlled experiment
3. Integrating Virtual Realities and Psychotherapy: SWOT Analysis on VR and MR Based Treatments of Anxiety and Stress-related Disorders



# Schema BTF:s Årskongress 2021

## Dag 1, torsdag 11 mars

09:00-09:15	<b>Öppnande/intro</b> /15 minuter
09:15-12:00	<b>Workshop: Acceptance and Commitment Therapy (APC) for Chronic Pain: Update &amp; Brief Experiential Workshop</b> / Lance McCracken/2 timmar och 45 min.
12:00-13:00	<b>Lunch</b> / 1 timme
13:00-16:00	<b>Workshop: Acceptance and Commitment Therapy (APC) for Chronic Pain: Update &amp; Brief Experiential Workshop</b> / Lance McCracken/3 timmar

## Dag 2, fredag 12 mars

### Spår 1: Pandemi/Digitalisering

09:00-09:15	<b>Kongressens Öppnande</b> / Johanna Moren & Linda Jüris/15 minuter
09:15-09:30	<b>BTF-historik</b> / Lars-Göran Öst /15 minuter
09:30-10:15	<b>Keynote: Fungerar KBT i klinisk rutinvård?</b> / Lars-Göran Öst /45 minuter
10:15-10:45	<b>Paus &amp; film</b> / 30 minuter
10:45-12:00	<b>Föreläsning: Mental hälsa och psykologisk flexibilitet i den svenska befolkningen under Covid-19-pandemin</b> / Karin Brocki/1 timme och 15 minuter
12:00-13:00	<b>Lunch</b> /1 timme
13:00-13:45	<b>Keynote: Process-Based Psychological Therapy in Chronic Pain: A Steep and Thorny Path?</b> /Lance McCracken /45 minuter
13:45-14:00	<b>Paus</b> / 15 minuter
14:00-15:15	<b>Föreläsning: Krisstress: att hantera en pandemi, coronaoro och andra långvariga påfrestningar</b> /Giorgio Grossi /1 timme och 15 minuter
15:15-15:30	<b>Paus</b> / 15 minuter
15:30-16:45	<b>Föreläsning: Hela havet stormar - föräldraskap när livet känns tungt</b> / Tova Winbladh /1 timme och 15 minuter
16:45-17:15	<b>Paus</b> /30 minuter
17:15	<b>Årsmöte</b>

## Dag 3, lördag 13 mars

### Spår 2: Klinisk inriktning

10:00-10:45	<b>Keynote: Mental Imagery &amp; Mental health Science: påträngande minnen och Covid-19</b> /Emily Holmes /45 minuter
10:45-11:00	<b>Paus</b> /15 minuter
11:00-12:00	<b>Föreläsning: Inte bara diagnoser! KBT för problem i livet</b> /Gerhard Andersson /1 timme
12:00-13:00	<b>Lunch</b> /1 timme
13:00-14:15	<b>Föreläsning: Återhämtningsguiden. Vägledning för stressade och subkliniskt utmattade personer</b> /Niclas Almen /1 timme och 15 minuter
14:15-14:30	<b>Paus</b> /15 minuter
14:30-15:45	<b>Föreläsning: (namn kommer)</b> / Filip Arnberg / 1 timme och 15 minuter
15:45-16:00	<b>Paus</b> /15 minuter
16:00-17:00	<b>Föreläsning: Psykisk och existentiell hälsa - Ett salutogent perspektiv i och utanför behandling</b> / Anna Käver/ 1 timme
17:00-17:30	<b>Avslutning</b> / Årsmötesgruppen och BTF:s ordförande /30 minuter