

# Beteende terapeut



- **Intervju med Anna Grönberg**
- **BDD-workshop med Katharine A. Phillips**
- **Eila Nilsson Karlberg om Positive Behavior Support**

**Rapport från avancerat kliniskt seminarium  
om OCD med Anna Grönberg**



# Beteende terapeuten

## Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Anna Eriksson, Redaktör

Liv Larsson

Johan Westöö

Michaela Johansson

Lars Klintwall Malmqvist

## Styrelsen:

Viktor Kaldo, Ordförande

viktor.kaldo@ki.se

Tove Wahlund, Medlemssekreterare

tovewahlund@gmail.com

Inga Axbrink, Kassör

inga.axbrink@pk.artisan.se

Sara Widén, Sekreterare

widensara@gmail.com

## Övriga ledamöter:

David Blank

d.blank@mac.com

Rio Cederlund

rio.cederlund@gmail.com

Annika Deverud

annika.deverud@psychiat.umu.se

Maria Eklund

mgeklund@gmail.com

Dan Katz

dan.katz@swipnet.se

Kristina Nilsson

rudolfsdotter@yahoo.se

Björn Paxling

bjorn.paxling@gmail.com

Jonas Ramnerö

jramn@psychology.su.se

Cecilia Sjödén

cecilia.sjoden@psykologpartners.se

## Manusstopp för nästa nummer

10 januari 2011

Bidrag skickas till:

marvelette@hotmail.com

Textformat: Word

(eller RTF om du använder Mac)

## Omslag

Anna Grönberg. Foto: Anna Eriksson

## Tryck och repro

Dahlströms tryckeri, Nyköping

## Redigering

Lennart Östlund, Learning Partner,

Nyköping

## Redaktionellt

År 2010 närmar sig sitt slut och för många BTF-medlemmar är det dags för lite välbehövlig ledighet. Traditionenligt helgfirande, en semesterresa eller bara lugn och ro är vanliga alternativa beteenden till den annars rådande (jobb-)stressen. Lagom påpassligt dimper årets sista nummer av Beteendeterapeuten nu ner i brevlådan. Här hittar du en hel del intressant material om OCD – en rapport från ett kliniskt inriktat seminarium med Anna Grönberg som även ställt upp på en intervju, OCD-tips i Fråga Listan och en recension av en splitter ny OCD-bok. Det angränsande och mindre välkända området BDD täcks också i en rapport från Katharine A. Phillips workshop i höstas. I en längre intervju med Eila Nilsson Karlberg presenteras det spännande området Positive Behavior Support. Här kan du läsa om vad PBS står för och om arbets sättet på Eilas företag Avenir Center. En rapport från ACBS i Reno, Nevada ingår också i nr 4. Och givetvis AKBT!

Nästa år firar BTF 40 år som förening, vilket kommer att uppmärksammas i Beteendeterapeuten – om allt går enligt planerna börjas det redan i nästa nr. Till dess: god jul, gott nytt år och god fortsättning!

Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

Avanverat kliniskt seminarium om OCD .....	4
Intervju med Anna Grönberg .....	6
Spännande workshop med dysmorfofobigudinnan. ....	8
Intervju med Eila Nilsson Karlberg .....	10
Aktuellt om KBT - en tidning i tidningen .....	13-15
ACBS World Conference i Reno. ....	16
Krönikan - på västfronten en massa nytt .....	18
Bokrecensioner .....	19
Fråga Listan. ....	22

**OBS!**  
MANUSSTOPP  
för nästa nr är  
**10:e januari**  
Maila ditt alster till Anna Eriksson  
marvelette@hotmail.com  
**OBS!**

# Ledare

Kära BTF:are!

Susanna, min fru, har precis disputerat, vi har nyss flyttat till ny lägenhet och min mejl har krånglat å det grövsta i en vecka. Mitt budskap denna gång blir därför något mindre pratigt och något mer... korthugget ledaraktigt kanske... än vanligt:

BOKA IN 17-19 MARS 2011 I DIN KALENDER!

DÅ KOMMER STOCKHOLM ERBJUDA DET MEST SPEKTAKULÄRA BT/KBT-EVENE-MANG SVERIGE NÅGONSIN SKÅDAT - BTF:S 40-ÅRSJUBILEUM!

HISTORIEN MÖTER FRAMTIDEN, KLINIKER MÖTER GRUNDFORSKARE, STORA INTERNATIONELLA NAMN OCH TUNGA

SVENSKA KBT-LEGENDER MÖTER ENTUSIA-TISKA BTF:ARE!

Allt under ledning av kongress-general Jonas Ramnerö och hans personliga stab av specialutbildade festarrangörer. Inga undanflykter godtas... utom möjligen att du samtidigt skulle ha en disputerande partner, lägenhetsflytt och krånglande mejl... men nej, det skulle inte duga det heller nu när jag tänker efter.

Vi ses!

**VIKTOR KALDO**

Ordförande

i Beteendeterapeutiska föreningen



## Välkommen till Stockholm 2011!

Beteendeterapeutiska föreningen firar 40 år och ställer till med en hejdundrande kongress.

BTF är Sveriges äldsta förening för beteendeterapi. Den grundades 1971 i Stockholm och återkommer nu 17-19 mars 2011 för att fira 40 år av utvecklande och spridande av kognitiv beteendeterapi, KBT.

Detta jubilerande årsmöte kommer att blanda högt och lågt och ha ett vitt och brett spelfält. De stora, välkända och äldre forskare som vi ständigt läser om. De nya hungriga som du känner från just ditt specialområde. Applicerad, klinisk och grundforskning. Ett möte mellan vår historia, samtid och framtid!

Naturligtvis kommer det bli en fantastisk fest med deltagare från hela landet och utifrån. Behöver vi säga att det inte kommer att finnas ett bättre tillfälle att nätverka på flera år?

# Avancerat kliniskt seminarium om OCD med Anna Grönberg

Text och foto: Anna Eriksson

Seminarier anordnades av Cereb AB och riktade sig till yrkesverksamma kliniker med pågående OCD-behandlingar. På grund av seminarieformen var deltagarantalet satt till max 25 personer, och vi samlades förväntansfulla i Ersta Konferenslokal en fredagsmorgon i oktober för att få välbehövlig kunskapspåfyllnad från en auktoritet på området.

Anna Grönberg inledde med en kort presentation och information om dagens upplägg varefter deltagarna fick presentera varsin OCD-frågeställning, med utgångspunkt i ett aktuellt patientfall. Det blev snart tydligt att

**Det blev snart tydligt att det finns hur mycket som helst att diskutera när det gäller OCD**

det finns hur mycket som helst att diskutera när det gäller OCD: var ska man börja behandlingen om patienten har flera OCD-relaterade problem? Hur vet man vad som är mest centralt? Hur kan man särskilja mellan försäkringssökande och adekvat informationssökande? Hur kan man engagera en patient inför ERP? Hur kan man exponera för ”magiska” konsekvenser långt fram i tiden? Hur är det egentligen med hoarding, är det OCD och hur ska det behandlas? Vad är ”tillräckligt bra”, när ska man nöja sig? Hur ska man se på farmakologisk behandling vid OCD? Detta är bara några av de frågeställningar som framkom, kopplade till vitt skilda fall exempel som deltagarna presenterade.

Min egen fråga handlade om automatik vid kontrolltvång - när ett kontrollbeteende blivit så inlärt att personen i fråga utför beteendet per automatik. Annas svar på frågan var att även om beteendet verkar automatiserat, så går det att förändra. Det gäller att försöka påverka den lilla stunden mellan impuls och inre handling. Ett lämpligt alternativt beteende är medveten närvaro. På kort sikt kan det vara OK att tillämpa sådana strategier som att blunda eller att titta åt ett annat håll, men det är inte hållbart på lång sikt.

**Man bör försöka skilja mellan psykoedukation och försäkringar, vilket kan vara knepigt**

Under seminariet fick vi vid flera tillfällen möjlighet att rollspela tillsammans med en annan deltagare. Var och en rollspelade då sin egen patient, och den andra deltagaren terapeut. Rollspelen var väldigt givande och innebar för många deltagare nya uppslag och idéer för behandlingen.

Anna Grönberg

När man arbetar med OCD är det viktigt att använda sig av observation under terapin, eftersom många patienter visar sitt tvång ”i rummet”. Exempelvis är det vanligt att patienter på mer eller mindre subtila sätt efterfrågar försäkringar. Man bör försöka skilja mellan psykoedukation och försäkringar, vilket kan vara knepigt. Anna Grönberg betonade också vikten av att inte tolka när man inte är säker på funktionen av en tvångshandling.

Behandlaren bör undvika att ge sig in i diskussioner med patienten om vad som är ett överskotts-beteende. Ett exempel som togs upp är handtvätt, där man riskerar att hamna i ändlösa och fruktlösa samtal om hur lång

**”Patienten har tolkningsföretreträde kring när hennes liv fungerar som hon vill att det ska fungera”**

tid man ska tvätta händerna. För att bestämma vad som är normalt kan patienten t ex 1) fråga terapeuten 2) observera andra personer eller 3) göra en intervjuundersökning, d v s fråga ett flertal andra personer. Punkt 1-3 kan kombineras men enligt en i förväg uppgjord plan – inte ”gå på känslan”!

Ytterligare ett område som diskuterades var imaginär exponering. Anna Grönberg betonade att det är viktigt att få med de centrala komponenterna i historien. Historien bör vara detaljerad och utbyggd för att lättare ge upphov till bilder hos patienten, men man behöver inte överdriva när det gäller äckliga eller makabra detaljer. Patienten bör själv läsa in historien med full inlevelse, inklusive konsekvenserna. Det är viktigt att exponera för konsekvenserna av handlingen, t ex ansvar; att få med alla fruktansvärda konsekvenser i form av sorg och social skam. Ofta handlar konsekvenserna om att patienten via försummat ansvar ådragit sig något så att hon ska bli handikappad, beroende eller ensam. Anna

berättar att det är vanligt att personer med OCD inte tänkt historien färdigt, vilket de bör göra för att uppnå fullgod effekt.

Ett viktigt fokus i behandlingen av OCD bör vara livskvalitet här och nu. Vad är störande för ett fungerande vardagsliv? Det är viktigt att få patienten att stanna i sin sorg över att leva ett begränsat liv, snarare än att älta sin jobbiga situation. Patienten har tolkningsföretreträde kring när hennes liv fungerar som hon vill att det ska fungera. Idén med behandlingen är att patienten utbildas till att bli sin egen behandlare, och när man skiljs åt kan hon lika mycket om tvång som terapeuten.

Seminariet avslutas med en demonstration av den s k ”trastekniken”, som går ut på att patienten ”smutsar ner” en ”trasa”, förslagsvis en näsduk, med något föremål som hon upplever som smutsigt/besmittat – i demonstrationen var det golvet. Golv är ofta en s k sekundär smutskälla, medan primära smutskällor kan vara t ex urin eller avföring. I demonstrationen visade Anna först för patienten (som spelades av en deltagare) hur man sitter på golvet, och patienten fick sedan välja hur hon ville sitta. Därefter genomfördes exponering med trasan stegvis: patienten fick hålla den mot golvet och sedan successivt kontaminera olika kroppsdelar och slutligen ta på golvet med händerna. Det är viktigt att ha gott om tid på sig för den här typen av exponeringsövningar och att ha tålmod som terapeut. Om patienten avbryter återupptar man övningen så snabbt som möjligt. Under övningen får patienten skatta grad av obehag vid flera tillfällen. Efter avslutad övning instrueras patienten att ha med sig trasan hela tiden, t o m när hon sover. Trasan ska även användas för att ”besmitta” fria zoner i hemmet. En variant på exponeringsövningen är att utsätta patienten för osäkerhet genom att inte berätta var trasan varit.

Sammanfattningsvis var OCD-seminariet mycket givande. Det praktiska arbetssättet i form av rollspel och Annas demonstrationer bidrog till att jag fått både ny kunskap och än mer entusiasm inför pågående och kommande behandlingar!

**Grattis Gunilla Berglund!**

**Du har vunnit boken ”När förändring är svårt – att hantera motstånd med motiverande samtal” av Liria Ortiz.**

**Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist**

**Therése Seglert, [btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com)**

**så får du boken hemskickad.**



# Intervju med Anna Grönberg

Text och foto: Anna Eriksson

I samband med OCD-seminariet fick Beteendeterapeuten en pratstund med Anna Grönberg, som har lång klinisk erfarenhet av OCD-behandling och som tillsammans med Sandra Bates skrivit den nyutkomna boken ”Om och om och om igen – att behandla tvångsproblem med KBT”.

## När och hur kom du i kontakt med OCD-behandling?

Det var under min utbildning, i början av 1980-talet. Det var en expansiv period för KBT, och då kom viktiga behandlingsstudier av t ex Foa, Rachman och Salkovskis. Många höll på med OCD. Under 1970-talet hade man gjort stora epidemiologiska undersökningar där det framkom att OCD är vanligare än vad man hade trott, och det innebar pengar. Då började ERP utvecklas. OCD hade varit det svåraste och mest utmanande bland ångeststörningarna och bara några få beteendeterapeuter tog emot patienter för behandling av OCD, t ex Sandra Bates och Anita Olsson. De fokuserade på att sätta sig in i allt som fanns att veta om OCD genom seminarier, läsning och diskussioner, vilket ledde till mycket påfyllnad av kunskaper och en slags skjuts för OCD-behandling. Jag själv var under en period verksam i Jönköping, och fick möjlighet att med hjälp av sk ”Dagmarpengar” under ett år intensivt behandla patienter med OCD, med handledning av Sandra Bates. Jag bedömde ungefär 20 patienter och behandlade 15. Det innebar att jag fick mycket erfarenhet på kort tid. Efter den perioden har OCD-behandling varit en del av min vardag. Jag etablerade mig i Stockholm i mitten av 1990-talet och då var det fortfarande stor brist på KBT för OCD, så jag fick många remisser. Jag hade säkert kunnat fylla hela min tid med tvångspatienter, men det blir för mycket!

## Varför blev du intresserad av just OCD?

Jag blev engagerad i patientgruppen på grund av att det är så klockrent att använda sig av beteendepprinciper i behandlingen, men även för att OCD innebär ett så stort lidande och så omfattande konsekvenser för patienterna och omgivningen.

Jag upptäckte att man kan göra så ofantligt stor skillnad med BT. När behandlingen blir lyckad blir man så oerhört förstärkt som behandlare. Jag tänker t ex på när hela den ”normala utvecklingen” kommit igång för unga människor. Det är en stor utmaning att arbeta med OCD men också mycket tacksamt.

## Har du något ”favorittvång”?

Det har jag aldrig tänkt på! De som varit mest förekommande är ju renlighetstvång och kontrolltvång. Renlighetstvång kan vara oerhört invalidiserande så det är ofta väldigt tacksamt att arbeta med.

**Principerna för ERP är idiotenkla men i detta ryms så mycket av kreativitet och terapeutisk skicklighet**

## Favoritexponeringsövning då?

Jag gillar kreativiteten i ERP. Principerna för ERP är idiotenkla men i detta ryms så mycket av kreativitet och terapeutisk skicklighet, för det finns så många blindskär, och behandlingen är i grunden kontrainstitutiv för patienten. Att få med patienten på att göra det de intuitivt säger nej till, och att hitta på övningar – det är en utmaning! Initialt är utmaningen att förstå och klura ut dynamiken, att ”hitta den gordiska knuten”. Det krävs en nyfikenhet hos behandlaren. Många tvångsbeteenden är ju uppenbart knasiga, man undrade ofta ”hur kom de till det?” Nu förstår vi ju mer, den språkliga inramningen som RFT ger kan förklara mycket.

## Har du några tips till dem som är nya på OCD-området?

Att läsa boken! Och att skaffa sig en bra handledare med erfarenhet av området. Vår drivkraft bakom boken var att intressera flera för detta underdiagnostiserade och underbehandlade område. Det är bra om man känner nyfikenhet inför att genomföra behandling på lite annor-

lunda sätt och att göra lite annorlunda saker. Om man ska arbeta med ERP är det ofta nödvändigt att arbeta utanför sitt mottagningsrum. Det kan vara en personlig utmaning för vissa.

## Några vanliga ”fällor” som man ska akta sig för?

En hel del behandling ges som ”KBT” men innehåller inte de basingredienser som måste ingå. Man ska inte tro att man kan göra ”lite som man vill”, man måste lära sig metodiken. Ett vanligt fel är att tro att det ska gå lika bra utan terapeutledda exponeringar, men så är det inte.

## Hur tror du att OCD-behandling kan vidareutvecklas?

ACT är lovande. Vidare forskning får visa hur resultaten blir. Jag tror att framtiden ligger i ACT, men i kombinationer. Det finns ju utrymme för förbättringar och ytterligare behandlingsalternativ, eftersom ERP inte är apitiltigt för många patienter. Att rama in genom att fråga ”vad ingår i ett värdefullt liv?” känns intuitivt rätt! Vid OCD ser man ofta en sådan sammansmältning med tankar, ”defusion” är lätt att förstå. Jag tror att ACT kan leda till behandlingsmetoder som kan locka och engagera fler patienter. I boken ingår även influenser från

**Jag tror att ACT kan leda till behandlingsmetoder som kan locka och engagera fler patienter**

tredje vågens BT när det gäller den verbala beskrivningen. När det gäller kognitiva metoder har dessa bidragit till förståelse för mekanismer bakom OCD och de har även bidragit till samspelet med klienten som ”kitet i behandlingen”. Men det finns inte bra forskningsstöd för specifika kognitiva metoder vid OCD-behandling. Att presentera något som ett beteendexperiment kan vara ett alternativt sätt att exponera. Temagruppen OCCWG (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, red anm.) har bara kunnat enas om två teman hittills. Deras arbete kan vara användbart men inte som förklaringsgrund för hur tvångsproblem uppstår. Jag tror att det i framtiden kommer att finnas flera ingångar till OCD och att metodiken kommer att utvecklas t ex med ACT. Man kommer att kunna känna igen de som behöver mer av ACT, och de som har mest nytta av ERP, och på så sätt ”matcha” behandlingen på ett annat sätt.

## Något slutord?

Till min förvåning tar en del kollegor inte emot patienter för behandling av tvång. Jag skulle vilja uppmuntra till att prova! Det är så stimulerande och man kan göra så stor skillnad.



**Grattis Kerstin Mill!**  
 Du har vunnit en 1-dagsworkshop i BTF:s regi.  
 Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist  
 Therése Seglert, [btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com)  
 så får du workshopsintyget hemskickat.



# Spännande workshop med dysmorfofobigudinnan

Text: Iman Alaie & Johan Bjureberg, psykologkandidater, termin 10, Uppsala

Centrum för psykiatrforskning, ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting, har flera gånger anordnat workshops under rubriken ”Karolinska OCD Master Class”. Nu senast var strålkastarljuset riktat mot dysmorfofobi (Body Dysmorphic Disorder, BDD), ett psykiatriskt tillstånd som av många anses vara närbesläktat med tvångssyndrom. I korthet kännetecknas BDD av en patologisk upptagenhet kring vad personen ifråga upplever vara en eller flera defekter i sitt utseende.

Flera epidemiologiska studier tyder på att prevalensen av BDD sträcker sig från 0.7 till 2.4 procent inom den vuxna allmänbefolkningen, varav drygt 60 procent är kvinnor. Trots detta verkar det saknas kunskaper om BDD inom vårdsammanhang, vilket på senare tid tycks ha blivit alltmer uppmärksammat.

**”det saknas kunskaper om BDD inom vårdsammanhang”**

Dagen till ära var Katharine A. Phillips, professor i psykiatri vid Brown University i USA, inbjuden för att under en heldag hålla en workshop vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Deltagarantalet var begränsat och i publiken satt framför allt psykiatriker och psykologer. Phillips har av somliga kallats för ”dysmorfofobigudinnan” och står som författare till över 200 vetenskapliga publikationer, däribland pionjärverket *The Broken Mirror* (Phillips, 1996) som grundligt redogör för BDD och dess behandling.

**”omkring 35 procent i BDD-populationen brister i insikt”**

Workshopen var på temat ”Body Dysmorphic Disorder and Its Management” vilket innebar att alltifrån prevalens och diagnostik till medicinsk och psykologisk behandling samsades under luppen. Inledningsvis påtalade Phillips att BDD fortfarande är underdiagnostiserat, vilket antas bero på att tillståndet är relativt okänt bland såväl behandlare som drabbade och deras anhöriga. Prevalensen av BDD har undersökts inom flera olika patientpopulationer. Inom slutenvård psykiatri har prevalensen uppskattats till 13-16 procent och inom den kosmetiska plastikkirurgin har siffror på upp till hela 53 procent rapporterats. Släktskapet med tvångssyndrom kommer tydligast till uttryck i tidskrävande, påträngande tankar och neutraliserande handlingar som kan vara såväl koverta som overta. Dock framhöll Phillips att omkring 35 procent i BDD-populationen brister i insikt, då deras utseenderelaterade tankar snarast kan klassificeras som vanföreställningar. Vidare underströk Phillips att komorbida tillstånd snarare är regel än undantag, då livstidsprevalensen av depression uppmätts till 75 procent, för social fobi var motsvarande siffra 37 procent, för tvångssyndrom omkring 30 procent och runt 30 procent för missbruk eller beroende. Likaså är det mycket vanligt med såväl suicidtankar som försök bland personer som lider av BDD. Tillståndet är också behäftat

med nedsatt funktion – på grund av psykisk ohälsa är det nästan 40 procent som inte arbetar.

Efter en omfattande genomgång av bland annat neuropsykologiska, genetiska och diagnostiska aspekter kring BDD, däribland föreslagna förbättringar inför DSM-V (se [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)), så kvicknade beteendeterapeuterna inom oss till. Allra först presenterades det skrala vetenskapliga underlaget för KBT vid BDD. I dagsläget har endast två randomiserade kontrollerade studier genomförts, den ena som individualterapi och den andra i gruppformat. Fokus för avsnittet om KBT-behandling under workshopen blev den KBT-modell som Phillips har tagit fram tillsammans med Sabine Wilhelm och Gail Steketee. En behandlingsmanual som bygger på denna modell lär snart komma i tryck. Manualen har rustats med flera ”optional modules” som har inslag av bland annat habit reversal och beteendeaktivering, vilket enligt Phillips gör den användbar inte bara för mer typiska patienter utan också för den enskilda patientens specifika symtombild. Phillips betonade just vikten av att skräddarsy insatserna, något som denna manual lämnar utrymme för.

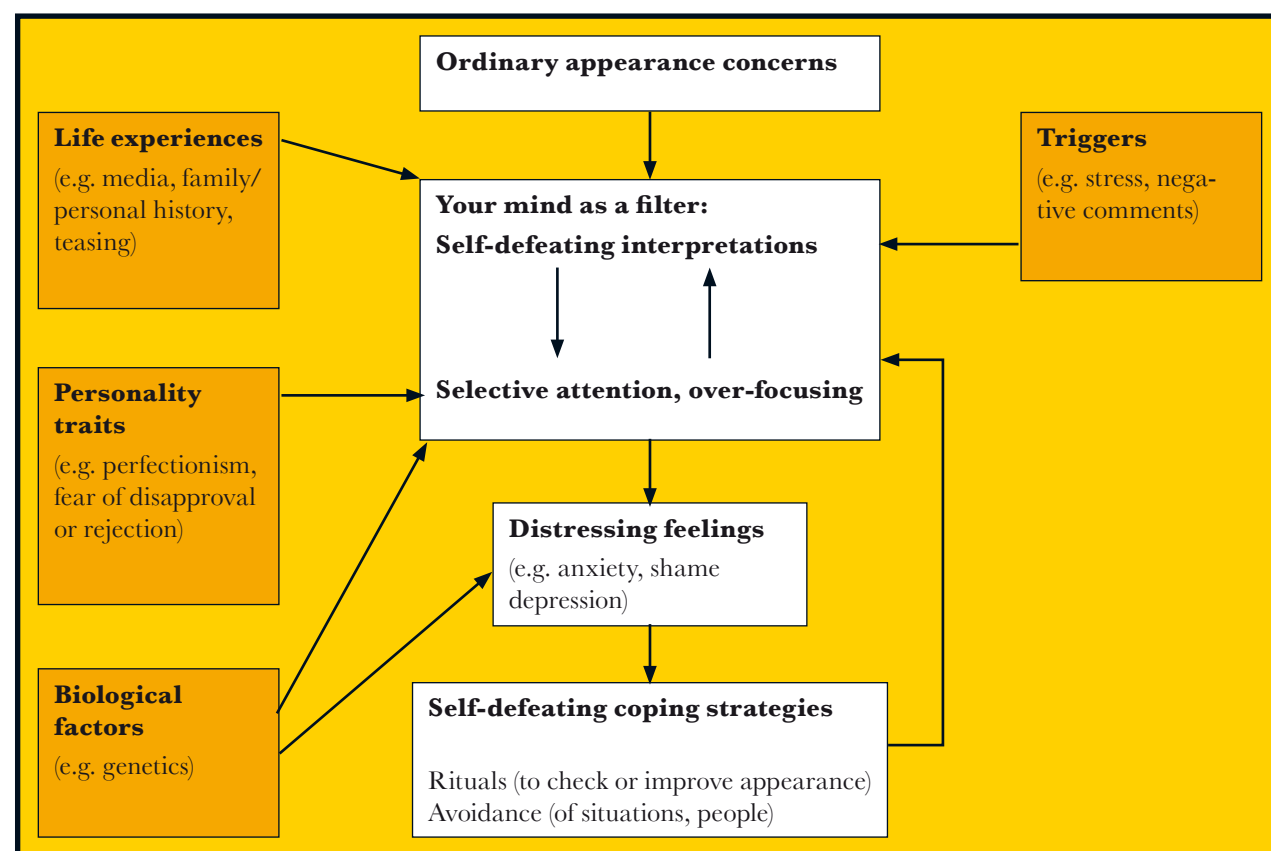
**”Phillips betonade just vikten av att skräddarsy insatserna”**

Enligt manualen bör behandlingen inledas med 3-4 sessioner som fokuserar på conceptualisering och psykoedukativa insatser – med fördel kan även strategier utifrån motivational interviewing använ-

das. Under denna fas diskuteras hur behandlingen kan komma att hjälpa klienten att engagera sig mer inom värderade livsområden. Precis som i KBT vid andra tillstånd formuleras också specifika målsättningar tillsammans med klienten. Dock framhöll Phillips vikten av att behandlingsinsatser riktas in på diagnosspecifika symtom, då KBT-modeller som utformats för andra tillstånd sannolikt är mindre effektiva i behandling vid BDD. Därför bygger manualen på etablerade kognitivt beteendeterapeutiska interventioner såsom kognitiv omstrukturering, beteendexperiment, exponering med responsprevention och återfallsprevention samt BDD-specifika interventioner. Här beskrev Phillips bland annat vad som på svenska kanske kan kallas uppmärksamhetsskifte vid spegling (engelska: attention retraining for mirror checking) som innebär att en ångesthierarki upprättas inför spegelexponering, innan klienten får träna sig i att beskriva sitt utseende på ett objektivt, icke-värderande sätt framför en spegel. Detta görs samtidigt som klienten avhåller sig från ritualer eller att stirra på sina upplevda defekter. Klienten får även tillfälle att träna upp sina färdigheter i medveten närvaro.

Vidare berättade Phillips att utvärdering av manualen pågår för fullt och hon bjöd på lovande om än preliminära resultat. I den senaste studien randomiserades 36 patienter till antingen 22 sessioners KBT eller en kontrollgrupp som fick vänta i tolv veckor innan samma behandling gavs. Så nu återstår det bara att vänta på det slutgiltiga resultatet från denna utprövning.

Rubriken för dagens workshop var som sagt ”Body Dysmorphic



Figur. En KBT-modell för BDD utifrån Wilhelms, Phillips och Steketee (in press).

Disorder and Its Management” och Phillips höll verkligen vad hon lovade från början till slut. Det var häftigt att höra Phillips fläta samman sin rika kliniska erfarenhet med närapå all forskning som bedrivits inom BDD-området. Phillips bjöd på flera intressanta fallbeskrivningar som varvades med flera klipp från dokumentärfilmer. Det var inte tu tal om att Phillips är en skicklig föreläsare med slipad pedagogisk framtoning!

**Phillips är en skicklig föreläsare med slipad pedagogisk framtoning**

Med facit i hand var dock temat för dagen – ”Body Dysmorphic Disorder and Its Management” – kan-

ske alltför omfattande för att kunna klämmas in på en och samma dag. Vi båda hade hoppats på att workshoppen i högre grad skulle präglas av fokus på psykologisk behandling, varför vi inte var helt mätta och belåtna vid dagens slut. Vi hade önskat att Phillips hade uppehållit sig desto mer vid KBT och att hon dessutom hade velat kontrastera sin egen KBT-modell gentemot andra KBT-modeller för BDD.

Summa summarum var det en inspirerande workshop om ett diagnosområde som verkligen behöver uppmärksammas betydligt mer. Roligt att vi som studenter fick chansen att knipa ett par eftertraktade platser på denna spännande workshop. Ett stort tack till Centrum för psykiatriforskning och Mottagningen för tvångssyndrom!

#### Litteraturtips för den som vill läsa mer om BDD:

Phillips, K. A. (1996). *The Broken Mirror – Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. New York: Oxford University Press.

Phillips, K. A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. New York: Oxford University Press.

Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder – A Treatment Manual*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 99-111.

**Man pratar hellre om problematiska situationer än problembeteenden**

förr om åren, när det gäller personer med funktionsnedsättning och beteendestörningar. Det var under en period då denna debatt pågick intensivt i Uppsala och landet som helhet med uppmärksamhet i media som Eila kände att något mer måste göras. Hon hade läst en del om det arbete som grundarna till Institute of Applied Behavior Analysis (IABA), Tom Willis och Gary La Vigna, utför med personer med funktionsnedsättning. Eila skrev ett brev till dem och berättade om sin frustration över situationen med aversiva metoder, bristande kunskap om och dålig tillämpning av KBT för personer med funktionshinder och en auktoritär attityd till de funktionshindrade.

Eila var ny på företaget och ville arbeta för att man en gång för alla skulle försäkra sig om att förändra ett auktoritärt förhållningssätt gentemot brukarna. Man ordnade en studieresa till Los Angeles och IABA för att lära sig mer om metoden. Eila berättar i sammanhanget att man som en följd av tillkomst och tillämpning av PBS ändrat lagar i Kalifornien så att det numer är förbjudet enligt lag att använda aversiva konsekvenser när det gäller stöd för personer med funktionshinder, och att bakgrunden till detta bland annat är ett fall med en flicka med multipel diagnos och allvarligt självskaade beteende som hade varit mycket illa och utsatts för allvarliga övergrepp inom vården. Denna flicka förbättrades avsevärt med

hjälp av PBS och har nu ett mycket bättre och mer självständigt liv.

PBS utvecklades på 80-talet i USA som en reaktion på att man sett att KBT metoder tillämpades som en straff-pedagogik. Det fanns tortyrliknande exempel där man använde peppar i munnen eller spolade personer i kallt vatten. PBS utgår istället från fokus på positiva beteenden snarare än på problembeteenden och man avstår från aversiva metoder för att kontrollera och hindra problematiska beteenden. En viktig del är också arbete med att förebygga svåra situationer för individen som lätt utlöser problembeteenden. Man pratar hellre om problematiska situationer än problembeteenden.

PBS har rötter i normaliseringsrörelsen gällande funktionshindrade personer. Utifrån den synen har alla människor samma rättigheter och skall ges samma utrymme i samhället. Det sammanfattas i Social Role Valorization Theory, SVT, som

**Inom PBS är man mycket noggrann med att analysera antecedenter till besvärliga beteenden**

bland annat utgår från att alla har rätt till ett arbete och att bidra till samhället. Därför ser man det som viktigt att personer med funktionshinder skall ges arbeten med riktiga löner. PBS vilar alltså på en värdegrund som hämtats ur de här tankarna och medel att uppnå målen är inlärningspsykologiska metoder. En förgrundsfigur inom SVT är John O’ Brien.

Individen skall närvara och delta

i samhällslivet, kunna välja och uttrycka önskemål, ha medbestämmande och få hjälp att hitta egna mål och leva enligt egna livsmål. Det skall leda till att personen växer i värdighet och utvecklar en livskompetens. En annan viktig del i detta är att personen ges möjlighet till informerade val. Att metoden vilar på en uttalad värdegrund tycker Eila är ett viktigt tillägg som inte är lika tydligt inom andra tillämpningar av tillämpad beteendeanalys.

Eila säger att traditionell beteendeanalys till viss del bortser från om en person har funktionsnedsättningar särskilt om man ser på enklare ABC-analyser. Inom PBS är man mycket noggrann med att analysera antecedenter till besvärliga beteenden och man analyserar noggrant på vilket sätt funktionsnedsättningen påverkar vid problembeteenden. Man analyserar också beteendets kommunikativa innebörd utifrån kunskapen om att personen kanske inte kan uttrycka sina behov på samma sätt som normal fungerande kan. Man gör också en detaljerad analys av den historiska bakgrunden till problematiska beteenden och av nätverket runt personen. Inom PBS arbetar man också mycket med förebyggande av besvärliga situationer där problembeteenden kan uppstå. Man anpassar miljön och använder ekologiska strategier. Fokus ligger också på att lära individen copingstrategier vid stress och man

**PBS ställer högre krav på personalen som finns kring en individ med funktionsnedsättning**



Positive Behavior Support, PBS, är en inlärningspsykologisk metod som syftar till att fokusera på förebyg-

gande åtgärder och ett stödjande arbetssätt för inlärning av färdigheter i stället för aversiva konsekvenser när det gäller personer med funktionsnedsättningar och beteendeproblem. Den kom till som en reaktion på traditionella tillämpningar som hade fokus på problembeteenden och minskning av dessa genom aversiva konsekvenser för individen. Metoden används idag över stora delar av USA i skolor och inom handikappområdet.

Avenira Center erbjuder insatser utifrån LSS och Socialtjänstlagen.

Man tillhandahåller bostäder med särskild service enligt LSS i Uppsala och stockholmsområdet, en grupp-bostad i Tärnsjö i Heby kommun, och stöd i eget boende enligt SoL.

Eila Nilsson Karlberg psykolog, legitimerad KBT terapeut och klinisk chef på Avenira Center berättar att hon alltid reagerat över användningen av tvång och fysiskt ingripande mot personer med funktionsnedsättning. Hon har känt sig upprörd över det våld som ibland förekommer och kanske har förekommit i än högre utsträckning



använder inte negativa konsekvenser oavsett vad som händer. I en kritisk situation ser man som det enda syftet att hitta en så trygg och obehagsfri lösning som möjligt.

**PBS har ett tydligt syfte kring vad man vill och inte vill uppnå med metoden**

Ambitionen att lära personen något finns inte då, och man är därför inte heller (som ofta i traditionella tillämpningar) paniskt rädd för att råka förstärka oönskade beteenden. Sådana eventuella ”biverkningar” hanterar man på olika sätt i efterhand. Istället använder man mer av t ex avledning och aktivt lyssnande för att lösa problem i stunden.

PBS ställer högre krav på personalen som finns kring en individ med funktionsnedsättning. Man behöver mer kreativitet och kunskaper och behöver få mer handledning i det dagliga arbetet. Det görs genom tät handledning och i form av metodvägledning på arbetsplatsen. Det är en person med

speciell kompetens i både tillämpad beteendeanalys och PBS som arbetar som vägledare, detta för att understyrka den personens speciella kunskap och auktoritet att handleda arbetsgruppen.

För att vara säker på att integriteten i metoden hålls hög har man inom IABA utvecklat ett kvalitetssäkringssystem som man arbetar med att införa steg för steg inom Aveniras verksamhet. Systemet innebär att personal i verksamheter runt brukare i detalj kan kontrollera att de verkligen utför det som är beslutat och att alla medarbetare bemöter personen på samma sätt. Det bygger på två hörnpelare inom organisationspsykologi; Monitoring och Feedback. Kvalitetssäkringssystemet är lika viktig som metoden i sig eftersom det är en försäkring om integriteten i metoden, ”att man gör det man säger att man gör”. Det innebär bland annat att man har detaljerade instruktioner till personalen som kan likna manus kring hur de skall bemöta individen de arbetar med.

PBS har ett tydligt syfte kring vad man vill och inte vill uppnå med metoden, vilket är en fördel jämfört med en del andra tillämp-

ningar inom KBT säger Eila. Det finns inget utrymme för att metoden misstolkas vilket varit ett problem för KBT eftersom det är ”inne”. Många hävdar att de arbetar med KBT som metod ”på papperet” medan verkligheten ser annorlunda ut, och det händer att personal utan tillräcklig utbildning fritt förfogar över metoden vilket kan bli fel om det inte finns kvalitetssäkring bakom arbetet.

Eila berättar att det gedigna förebyggande arbetet som görs i form av PBS bidrar till att antalet incidenter med problembeteenden och aggressivitet hos klienterna minskar. Hon har sett en radikal minskning av aggressiva beteenden hos klienterna inom verksamheterna

**antalet incidenter med problembeteenden och aggressivitet hos klienterna minskar**

sedan man började arbeta enligt PBS. Klienterna utvecklas också kognitivt genom att de får stöd i att reflektera mer och att de stärks i sin problemlösningsförmåga. Hennes bild är att en hel del av klienterna tidigare var mer inriktade på att vara till lags och följa direktiv utifrån vad personal och andra normal fungerande kring klienten tyckte var bäst för dem.

**Länkar till mer information:**

[www.iaba.com](http://www.iaba.com)  
[www.avenira.se](http://www.avenira.se)  
[www.socialrolevalorization.com](http://www.socialrolevalorization.com)

Eila Nilsson Karlberg.  
Foto: Privat



## Modifiering av uppmärksamhetsprocesser vid ångest

Text: Erica AC Edström

### Artikelsammanfattning

Hakamata, Y. m.fl. (2010). Attention bias modification treatment: A meta-analysis toward the establishment of novel treatment for anxiety. *Biological Psychiatry*, 68, 982-990.

Ångestsjukdomar drabbar mellan 10-20 % av befolkningen och orsakar ohälsa i hög grad. Trots stort lidande får långt ifrån alla behandling för sina problem. Bland de som faktiskt får behandling har det ändå visat sig att ett antal har kvar sina symtom. Därför finns det anledning att försöka vidareutveckla behandlingsmetoderna.

På senare tid har en ny behandlingsform utvecklats och testats: *modifiering av uppmärksamhetsprocesser*. Utgångspunkten är antagandet att patienter med svår ångest har en kognitiv bias att uppmärksamma det som är orsaken till deras ångest. Tekniken att modifiera uppmärksamhetsprocesser skiljer sig åt från traditionell KBT. Man riktar istället in sig på vad personen väljer att uppmärksamma. Omfattande studier visar att personer med ångestproblematik i högre grad än andra uppfattar hot. Neurovetenskaplig forskning stödjer denna uppfattning. Den visar att det finns parallella system i hjärnan när det gäller selektiv uppmärksamhet, och att vissa finns i subkortikala områden och är *bottom-up*-processer. Eftersom KBT-behandling huvudsakligen riktar in sig på *top-down*-processer i hjärnan kan det finnas en risk att behandling av subkortikala processer inte uppnås. Kanske åtgärdas uppmärksamhetsstörningar bättre genom att modifiera uppmärksamhetsprocesser.

Genom att använda sig av datorbaserade träningsprogram påverkar man direkt omedvetna subkortikala processer. En av de första att utforska skillnader i uppmärksamhetsfunktioner var MacLeod. Han visade att normala friska individer med normala nivåer av ångest kunde tränas till att uppvisa uppmärksamhetsbias gentemot hot, vilket förde med sig ett ökat stresspåslag. Därefter har forskare provat att använda sig av detta i försök att sänka stress genom att försöka träna bort uppmärksamhetsbias mot hot.

Den här artikeln presenterar en kvantitativ meta-analys för att mäta effekterna av att modifiera uppmärksamhetsprocesser vid ångestproblematik. En datasökning med utvalda sökord gjordes i MEDLINE mellan jan 1995 och feb 2010. Tolv studier uppfyllde inklusionskriterierna. Resultatet av metaanalysen visar att modifiering av uppmärksamhetsprocesser signifikant minskar ångest. Mellangrupps-effektstorleken var Cohens  $d = .61$  när man jämförde aktiv uppmärksamhetsträning med trovärdig placebo. Ett exempel är att i en studie, publicerad i den ansedda tidskriften *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, blev 50 % av deltagarna med generaliserad social fobi fria från sin diagnos bara genom att under ungefär tio minuter vid åtta tillfällen träna sig på att titta på ansikten som antingen hade ett neutralt uttryck eller avsky. Det låter lite som hokusfokus, men för att motbevisa de goda effekterna skulle det krävas 54 icke-publicerade studier som visar på nollresultat. Intensiv forskning har inletts för att mer i detalj studera fenomenet och om de hittills goda resultaten kan replikeras av oberoende forskargrupper och hur denna behandlingsform kan integreras med redan etablerade. Det finns till exempel teorier om att KBT i kombination med uppmärksamhetsträning skulle kunna ge bättre resultat än metoderna var för sig.

Lotten föll denna gång på Erica AC Edström som blev vinnaren av en valfri BTF-workshop!  
Grattis från redaktionen!

## Utmaningar vid användandet av motive- rande samtal som tillägg till exponerings- terapi vid tvångssyndrom

Text: Katarina Linder

### Artikelsammanfattning

Simpson, H. B. m.fl. (2010). *Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 48*, 941-948.

Exponering med responsprevention (här kallad EX/RP) är en dokumenterat verksam metod när det gäller behandling av tvångssyndrom (OCD). Ett problem är dock att många patienter hoppar av behandlingen i förtid eller inte följer alla steg.

Författarna till den aktuella artikeln föreslår att ambivalens kan vara en anledning till att patienter inte fullföljer behandling med EX/RP. Även om en patient har en önskan om att minska sina ritualer kan det finnas ett motstånd mot att genomföra krävande exponeringsövningar.

Motiverande samtal (MI) är en metod som utvecklats för att öka motivationen hos patienter genom att utforska deras ambivalens. MI-terapeuten uttrycker empati genom att reflektera över patientens beskrivning av sin situation och försöker samtidigt visa en diskrepans mellan patientens nuvarande beteenden och dennes mål och värderingar. Tanken är att patienten ska tala sig själv till förändring. MI har visat sig kunna öka följsamhet till behandling vid bl.a. substansmissbruk och generaliserat ångestsyndrom.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka ifall ett tillägg av MI till EX/RP kunde öka patienters följsamhet till exponeringsprocedurer som skulle utföras mellan terapiesessionerna. Författarna ställde sig också frågan ifall EX/RP+MI var mer kongruent med MI:s principer än enbart EX/RP. De jämförde även de båda behandlingarnas effekt på OCD-symtom.

De 30 deltagarna randomiserades till antingen EX/RP eller EX/RP+MI. EX/RP bestod av tre introduktions-sessioner som följdes av 15 exponeringssessioner. EX/RP+MI följde samma upplägg

med skillnaden att terapeuterna, när behov uppstod, introducerade MI-strategier för att framkalla ett åtagande om förändring. En kort (15-30 min) MI-modul fanns tillgänglig att använda ifall motstånd skulle framkomma. Syftet var att få patienten motiverad inför nästa exponering.

Resultatet visade att EX/RP+MI innehöll signifikant fler MI-element än EX/RP och därmed var mer MI-kongruent. Under exponeringssessionerna var dock överensstämmelsen med MI:s principer låg även för EX/RP+MI.

När det gällde patienternas följsamhet fanns ingen signifikant skillnad mellan betingelserna. Patienterna uppvisade god följsamhet i båda behandlingarna, de genomförde ca 75 % av exponeringarna och stod emot ca 75 % av ritualerna. Båda grupperna uppvisade kliniskt signifikanta minskningar i OCD-symtom, inte heller här fanns någon skillnad mellan grupperna.

Författarna föreslår flera förklaringar till varför tillägget av MI inte verkade ha någon effekt på patienternas följsamhet. Det är möjligt att MI inte kan lösa ambivalensproblem hos patienter med OCD eller att det inte finns något samband mellan ambivalens till förändring och följsamhet till EX/RP. Eftersom pilotstudier om EX/RP och MI haft andra resultat menar författarna att det är för tidigt att dra några slutsatser från denna studie, de förespråkar istället ytterligare forskning på området. Exempelvis föreslår de att man bör utföra studier på patienter som är mindre redo för förändring än deltagarna i denna studie (som överlag angav att de var måttligt redo). Författarna diskuterar också ifall dosen av MI var stor nog eller om det hade behövts fler fasta inslag av MI under exponeringssessionerna.

De begränsningar med studien som anges är bl.a. få deltagare, att deltagarna själva rapporterade följsamhet och att fokus enbart låg på följsamhet till de exponeringar som skedde mellan sessionerna.

## Psykodynamisk korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi vid gene- raliserat ångestsyndrom

Text: Sofia Tejler

### Artikelsammanfattning

Leichsenring, F. m.fl. (2010). *Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. American Journal of Psychiatry, 166*, 875-881.

På studier har utvärderat resultatet av psykodynamisk korttidsterapi (PDKT) för patienter som lider av generaliserat ångestsyndrom (GAD), trots att detta används i många fall. Det finns studier som har försökt jämföra PDKT och KBT, men då har behandlingarna inte utförts på samma noggranna sätt. Ett exempel på detta kan vara att behandlare som använder PDKT inte är lika vana att använda manualbaserad behandling.

I denna artikel presenteras en studie som jämför PDKT och KBT i en randomiserad kontrollerad studie med manualbaserad metod för båda terapiformerna. Studien genomfördes i Tyskland mellan maj 2001 och juni 2007. Patienterna delades slumpmässigt upp i två behandlingsgrupper. För att få delta i studien skulle den primära diagnosen vara (GAD) och ett flertal exkluderande kriterier fanns, bland annat en akut axel III-störning, schizofren sjukdom, bipolär sjukdom eller alkoholmissbruk. Alla patienter diagnostiserades med SCID-I och SCID-II. Samtliga intervjuer genomfördes av erfarna kliniska psykologer och minst två psykologer träffade samma patient för diagnossättning. Av 231 intervjuade patienter uppfyllde 57 inklusionskriterierna och inte några av exklusionskriterierna. Av dessa 57 fullföljde 52 patienter behandlingen. Vid en sexmånadersuppföljning hade ytterligare tre patienter hoppat av.

Både KBT och PDKT innehöll upp till 30 sessioner om 50 minuter och genomfördes med hjälp av manualer. Förutom generella strategier innehöll KBT-sessionerna även avslappningsövningar, problemlösning, planerande av aktiviteter på fritiden samt hemläxor. PDKT-behandlingen baserades på

Luborskys stödjande-expressiva terapi. Den fokuserar på de grundläggande konfliktfyllda relationerna som orsak till den generaliserade ångesten.

Man har använt sig av olika instrument för att mäta utfallet, den viktigaste var Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA-A). De har dessutom använt ett flertal självskattningsskalor för att öka reliabiliteten och validiteten. Då mättes oro, ångest och depression separat. Även interpersonella svårigheter bedömdes. Patienterna utvärderades vid studiens början, i slutet av behandlingen och efter sex månader.

Resultatet i studien visade inte på några signifikanta skillnader mellan de två terapiformerna. Inte heller antal avbrott i behandlingen skilde sig åt. Resultaten visade att både KBT och PDKT hade god effekt för patienter med GAD. Båda terapiformerna visade avsevärd förbättring när det gäller oro och depression vid mätning med HAM-A. Dock kan man dra slutsatsen, efter att ha studerat de olika självskattningsformulärens, att KBT visar sig ha en något bättre effekt på graden av ångest, oro och depression. Det är möjligt att det finns fler skillnader mellan grupperna, men studien är för liten för att kunna dra sådana slutsatser. Vid en sexmånadersuppföljning kvarstod de goda behandlingsresultaten.

I artikeln poängterar författarna behovet av en större studie för att kunna dra fler slutsatser kring de två behandlingsformerna samt titta närmare på vilken behandlingsform som är bäst lämpad för olika patienter.

Surfa in på  
[www.kbt.nu/akbt](http://www.kbt.nu/akbt)  
och välj en artikel  
att sammanfatta!



# ACBS World Conference i Reno, Nevada, juni 2010

Text: Anne Rotthaus och Kerstin Mill

”Jisses, hur ska man kunna välja? Jag vill gå på allt”, stönar min kollega Anne Rotthaus på flyget till ACBS Annual, World Conference VIII 2010 i Reno, Nevada. För mig går det inte så mycket bättre. Hela flygtiden från Sverige har gått åt till att studera katalogen och jag har fortfarande inte riktigt bestämt mig för vilken upptaktsföreläsning jag ska lyssna på. Som tur är har jag ytterligare två dagar på mig att fundera fram och tillbaka. I alla fall har vi långt i förväg anmält oss till konferensen. John Forsyths workshop om ACT-behandling vid ångestsyndrom är ett måste. Sedan några år tillbaka har vi arbetat med gruppbehandling vid blandad ångestproblematik utifrån manualen ”ACT for Anxiety Disorders” som han skrivit tillsammans med Georg Eifert (New Harbinger 2005).

## Vi lyckas lyssna på alla våra favoriter

Efter att vi fått möjlighet att slipa vår trohet mot manualen virvlar vi loss i ACT-världens flexibla mångfald. Vi får fyra fullmatade dagar

och roliga kvällsprogram med 500 entusiastiska deltagare från hela världen – och fem nätter i helvetet. Konferenshotellet Silver Legacy visar sig vara ett gigantiskt spelparadis för dem som valt ”making a fortune” till sin värderiktning – med cigarett i mungipan, ölglas i den ena och spelspaken i den andra handen.

Vi lyckas lyssna på alla våra favoriter – Steven Hayes, Kelly Wilson, Kirk Strosahl och Victoria Follette – samt hittar en ny: Robyn Walsler. Hennes workshop heter ”ACT in Real Time” och tilltalar oss alldeles speciellt. Robyn är elev till Steven Hayes. Han passar ofta på att framhålla hennes förmåga att levandegöra ACT.

Robyn är verksam vid National Center för PTSD, VA Palo Alto Health Care System. Till hennes workshop ska vi ha med oss egna utmanande cases. Ett fyrtiotal aktiva deltagare vill arbeta med att förfina sina ACT-färdigheter. Robyn använder tre moment: rollspel, upplevelsebaserade övningar och kliniska exempel. Målet är att fokusera på utmaningar som vi mött i var och en av ACT:s sex kärnkomponenter; medveten närvaro, undvikande, fusion, självinnehåll,

åtagande och värderiktning, samt fokusera på svåra klienter och våra egna personliga hinder.

Robyn får alla att bli aktiva. Hon rör sig runt i rummet med snabba rollspel och personlig feedback. Det är lite svårt att förklara hur hon så träffsäkert kan ringa in svårigheter.

## Robyn skapar ett lustfyllt lärande utan pekpinnar

Robyn skapar ett lustfyllt lärande utan pekpinnar. Både nya och gamla utövare får något med sig på vägen. Utbildningsmålet att förstå och tillämpa ACT fullt ut i arbetet med utmanande klienter och att utveckla närvaro med våra personliga hinder under sessioner nås med råge.

Utmattade och helnöjda far vi från Reno klockan fyra en junimorgon för att i Denver tvingas lämna vår aerobuss. Något litet lampfel förhindrar fortsatt färd. Oförhoppandes får vi en övernattnings på Hilton och en heldag i Chicago, en stad som inte alls är fel att besöka.

## Att skriva i Beteendeterapeuten...

...behöver inte vara så svårt och är mycket välkommet!  
Tidningens innehåll ska framförallt innehålla bidrag från BTF:s medlemmar och inte enbart från redaktionen. Med förhoppningen att fler känner sig manade att skriva och vågar ta steget att bidra till tidningen erbjuder Beteendeterapeutens redaktion hjälp med återkoppling på inskickade bidrag före publiceringen i tidningen, om så önskas. Kontakta redaktören och be om att få synpunkter på det du skrivit så hjälper redaktionen gärna till. Foton är också mycket välkomna och ju högre upplösning desto bättre!

## Psykologpartners utbildningar våren 2011

### Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

The Next Generation of ACT: New Tools and Strategies for Promoting Behavior Change - Workshop med Kirk Strosahl & Patricia Robinson  
Stockholm den 7 februari.

ACT - introduktion med teori & upplevelser  
Malmö den 31 mars och 1 april.

ACT - upplevelsebaserad inläring  
Stockholm den 27-28 januari (Fullbokad).  
Malmö den 5-6 maj.  
Stockholm den 13-14 juni.

Öppen ACT-handledning erbjuds på samtliga Psykologpartners kontor. Handledningen riktar sig till dig som gått minst en ACT-utbildning, har gått ”steg-1” och har grundkunskaper i inlärningspsykologi.

### Motiverande Samtal + kodning

Grundutbildning i MI, inklusive kodning  
Helsingborg den 9-10 maj + 7 juni.  
Göteborg den 20-21 juni + 22 augusti.

Fortsättningsutbildning i MI, inklusive kodning  
Malmö den 4-5 april + 16 maj.

### Orienteringsutbildningar i KBT

Orienteringsutbildning för läkare och psykologer  
Malmö den 3, 10, 16 & 23 maj + 13 juni.

Orienteringsutbildning för behandlingspersonal  
Malmö den 3, 10, 17 & 31 maj.

### Bemötande utifrån KBT

En utbildningsdag för skötare, boendestödare och behandlingspersonal i Uppsala den 8 april.

### KBT för ST-läkare & specialister i allmänmedicin

En termins utbildning i förhållningssätt utifrån KBT.  
Stockholm med start den 18 januari.

Psykologpartners arbetar med organisation- och ledarskapsutveckling, handledning, utbildning och klinisk behandling. Mer information om oss och alla utbildningar hittas på [www.psykologpartners.se](http://www.psykologpartners.se).

# Krönikan

## På västfronten en massa nytt

Text: Michaela Johansson

En månad har nu gått sedan jag flyttade till London, med syftet att genomgå David Clarks träningsprogram i KBT, Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Den intresserade läsaren kan läsa om detta i Beteendeterapeuten nr 02/10. Jag utbildas genom Royal Holloway University två dagar i veckan och har min kliniska verksamhet i Barnet i norra London tre dagar i veckan. Sedan min flytt till London har jag upptäckt att det är viktigt att stå rakt i leden och att godta den byråkratiska övermaktens alla nycker. Jag har aldrig tidigare reflekterat över integritetskränkningar på arbetsplatsen, men efter mina första fyra veckor i London kan jag ärligt säga att jag börjar förstå vad det handlar om.

**det är viktigt att stå rakt i leden och att godta den byråkratiska övermaktens alla nycker**

### Svårighet nr 1:

The National Health Service (NHS) kan inte hantera att mitt namn enligt mitt pass är Anna Michaela Johansson. Jag råkar ha mitt mellannamn före mitt tilltalsnamn (tack mamma och pappa!). Detta får byråkratins hundar att tugga fradga.

Jag ombeds nu att titulera mig med antingen Anna eller dubbelnamnet Anna-Michaela, annars får jag inte login till journalsystemet, etc. Fastän jag har presenterat ett officiellt dokument från svenska ambassaden i London, som intygar att mitt namn är Michaela. På banken tvingas jag även skriva under papper med Anna. Lösning: Namnändring hos Skatteverket samt skaffa nytt pass på ambassaden, eller dra hela sjukvårdssystemet inför rätta. Troligen det förstnämnda.

### Svårighet nr 2:

Jag kan inte längre titulera mig som leg. psykolog. För fyra månader sedan ansökte jag om prövning av min legitimation och utbildning hos The Health Professions Council (HPC), vilket kostade 5000 kronor och en mängd ansträngning från mig och handledare. Beslut från HPC lyser ännu med sin frånvaro, men troligen måste jag lägga till något år av träning för att få min legitimation godkänd i Storbritannien. Lösning: Glömma allt jag tidigare kunde säga att jag var kvalificerad att göra och acceptera att jag återigen är en "trainee" (High Intensity IAPT Trainee). Fördelen med det är att jag kan ställa dumma frågor, lära mig det brittiska sjukvårdssystemet och kan träffa färre patienter initialt (sex patienter på 1,5 klinisk dag per vecka).

**Systemet med den stegvisa vården låter bra, men behöver förfinas**

### Svårighet nr 3:

Bristen på resurser inom NHS. Väntetider på upp till två år för individuell psykologisk behandling (inte bara KBT) kändes som ett slag i ansiktet för någon som tidigare har jobbat på en svensk BUP-mottagning som klarar vårdgarantin. Systemet med den stegvisa vården låter bra, men behöver förfinas. Patienter kan allokeras till vägledad självhjälp eller datorbaserad KBT hos "assistant psychologists" (som har tre års universitetsutbildning i psykologi) utan att ha haft ett enda besök för bedömning. Istället baseras detta beslut om behandling på ett omfattande formulär, som dock ofta ger ovärderlig information om patientens problem. Lösning: Så långt har jag inte kommit än. Det är svårt att ändra saker på gräsrotsnivå, men jag försöker att säga mitt när det gäller de riktlinjer som The National Institute of Clinical Excellence (NICE) har satt upp för evidensbaserad behandling.

Dessa tre svårigheter, tillsammans med flertalet andra, ger mig en del huvudvärk. Överlag är det

**jag har sagt hej då till status, eget kontor, flexarbets-tid, fikaraster och lunchrum. Istället hälsar jag verkligheten välkommen**

vårt ansträngningen. Det finns en fantastisk möjlighet att växa här, att utveckla vården vi ger till människor som annars inte skulle ha blivit erbjudna något alls. Träningsprogrammet i KBT finansierar redan sig självt, baserat på att människor som återgår till arbete ej längre behöver bidrag, tarvar färre primärvårdsresurser samt bidrar med skatteintäkter. Vi möter människor där de befinner sig, vilket

innebär att jag bedriver terapi både på bibliotek och i universitetslokaler. Journalsystemet är webbaserat, så att vi kan mata in data och skriva journaler på våra laptops ute i fältet. Kontentan är att jag har sagt hej då till status, eget kontor, flexarbets-tid, fikaraster och lunchrum. Istället hälsar jag verkligheten välkommen. I nästa nummer kommer en utförligare presentation av det kliniska arbetet och träningsprogrammet.

## Bokrecensioner

Text: Johan Westöö

### Recension

#### 11 nyanser av tystnad

Författare: Heléne Thomsson och Ylva Elvin-Novak

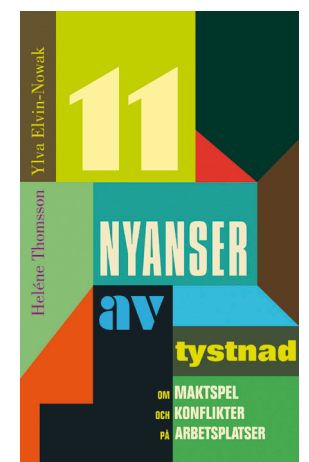
Förlag: Bonnier Existens 2010  
ISBN 978-91-7427-015-0

Boken handlar om maktspel och konflikter på arbetsplatser utifrån begreppet härskartekniker. Den är uppbyggd kring 11 olika korta vinjetter där författarna har blandat ingredienser från olika situationer och fall de stött på som konsulter i arbetslivet. Det är ganska varierande fallbeskrivningar av män och kvinnor som utövar eller blir utsatta

**Författarna belyser mekanismer som de antar påverkar det som sker i det sociala samspelet**

för olika typer av härskartekniker. Författarna belyser mekanismer som de antar påverkar det som sker i det sociala samspelet. De har också förslag på olika strategier man kan använda för att bemöta härskartekniker med. Boken är skriven för allmänheten och ställer inte krav på några specifika kunskaper i psykologi. Författarna förklarar på ett kortfattat sätt hur de använder psykologiska modeller för att förstå skeenden och ge en slags rational kring hur man kan agera om man känner sig utsatt för maktspel på arbetsplatsen. Det är inte en utpräglad KBT-bok men man kan tydligt se hur författarna använder inslag från kognitiv beteendeterapi i sin förståelse av det sociala samspelet på arbetsplatser. Det är en trevlig och enkelt upplagd bok där många säkert känner igen sig i olika situationer som kan uppstå i arbetsgrupper och på arbetsplatser. En

hel del av lösningarna som föreslås kan sägas utmynna i att personerna som känner sig utsatta själva måste göra förändringar för att påverka sin situation. Författarna påpekar också flera gånger att en härskarteknik måste ha en mottagare för att fungera i ett socialt samspel. Till varje fallbeskrivning finns några lösningar och konkreta strategier som läsaren kan pröva i liknande situationer i den egna vardagen.





**Recension**

**Om och om och om igen -  
Att behandla tvångsproblem  
med KBT**

**Författare: Sandra Bates och  
Anna Grönberg**

**Förlag: Natur och Kultur**

**ISBN 978-91-27-11895-5**

Äntligen har en efterlängtat bok om tvångssyndrom kommit på svenska. "Om och om och om igen" är en vägledning för behandlare i vid mening, d v s behandlaren behöver inte ha KBT-kompetens. Ändå är boken inte elementär. Författarna har lyckats lägga fram avancerad teori och empiri på ett pedagogiskt

**Författarna har  
lyckats lägga fram  
avancerad teori och  
empiri på ett peda-  
gogiskt sätt**

sätt. Resultatet kommer förhoppningsvis att bli ett verktyg vid såväl behandlares självstudier som vid driftshandledning inom psykiatri och i andra sammanhang.

Boken består av tre delar. Den första är teoretisk och behandlar allmän kunskap om tvångsproblem, inlärningspsykologi och KBT vid tvångsproblem. Här refereras bl a forskning som tyder på att det kan finnas kvalitativa skillnader mellan tvångstankar och påträngande tankar och inte bara som vi tidigare trott skillnader i frekvens, varaktighet och upplevt obehag. Annan forskning visar att undertryckande av tvångstankar inte leder till fler tvångstankar men till ett större obehag. Författarna refererar många studier men konstaterar att vi faktiskt inte vet tillräckligt

*Text: Gunilla Berglund*

mycket om tankars betydelse för uppkomst och vidmakthållande av tvång. Forsiktigt föreslår de att det inte är vad klienten tänker utan vad tankarna leder till som skall stå i fokus för analys och behandling. Den funktionella analysen går som en röd tråd genom hela avsnittet och jag är imponerad över sättet att beskriva inläringsteori från grun-

**”Detta är en bok  
som alla behandlare  
och intresserade  
av tvångsbehand-  
ling genast borde  
införskaffa”**

den. Figurer och tabeller illustrerar pedagogiskt, texten förtydligar och är väl förankrad i aktuell forskning.

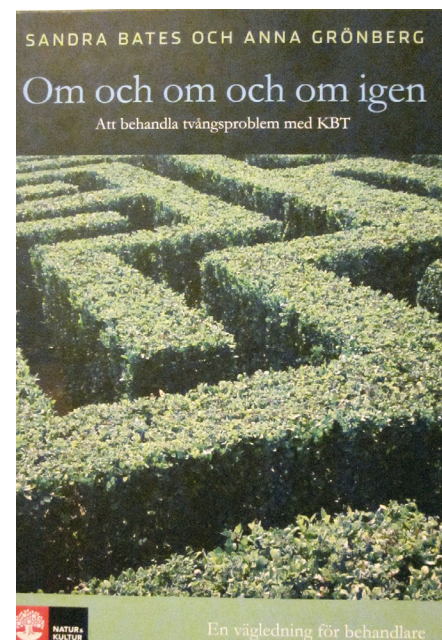
Del II handlar om behandling. Där ingår informationsinsamling, förberedelser för behandling, exponering, responsprevention, vidmakthållande och utvärdering av behandlingsresultat, kompletterande modeller och behandlingsmetoder samt om att arbeta med anhöriga. Bland alla dessa områden fastnade jag särskilt för kapitlet om förberedelser för behandling. Inte därför att det för mig är ny kunskap utan därför att det är så genomtänkt och strukturerat. Kapitlen om exponering och responsprevention innehåller många talande fallbeskrivningar. Själva säger författarna att de genom mångårig tillämpning har funnit att den i teorin så enkla behandlingsmetoden exponering med responsprevention, ERP, ger utrymme att använda deras uppfinningsrikedom som behandlare. De rör sig i gränslandet mellan terapi

som konst och terapi som vetenskap. Det bekräftar man gärna som läsare när terapeuten tar på sig ögonbindel med eller utan hörselskydd vid exponering av kontrolltvång för att tvinga klienten till eget ansvar.

Kapitlet om kompletterande modeller och behandlingsmetoder är intressant men antagligen otillräckligt som vägledning för behandlare som inte redan behärskar metoderna. Å andra sidan är boken ingen manual och det finns noggranna referenser som gör det lätt att hitta adekvat vidareläsning.

Del III beskriver den grund författarna står på vad gäller forskning om behandling av tvångsproblem. Genomgången är systematisk och leder förstås till slutsatsen att ERP är "treatment of choice" men också till att kognitiva metoder i dagsläget inte behövs i behandling av tvångssyndrom. Samtidigt är författarna optimistiska vad gäller ACT trots att forskningsstödet hittills är ringa.

Detta är en bok som alla behandlare och intresserade av tvångsbehandling genast borde införskaffa. Den väcker många tankar och idéer.



# Robyn Walser

## Två dagars workshop

ACT in Real Time: A Workshop to ACTively Refine Your ACT Skills

**Robyn Walser**, National Center för PTSD, VA Palo Alto Health Care System

Robyn Walser började som elev hos Steven Hayes 1991. Därefter har hon jobbat ihop med honom i många år. Hon har gjort ACT träning både nationellt och internationellt sedan 1998. Robyn har publicerat tre böcker. "Learning ACT", med underrubrik *An Acceptance & Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists* skrev hon 2007 tillsammans med Jason B Luoma och Steven C. Hayes.

**Plats: Nätsjöns Kursgård i hjärtat av Bergslagen**

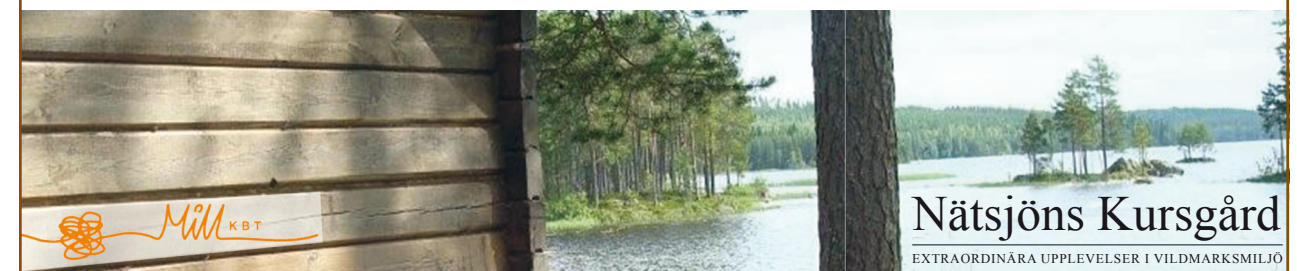
**Datum: 12-13 maj 2011, kl 9.00 – 16.00**

**Pris: Vid anmälan före 28 februari 2 900 kr + moms, därefter 3600 kr + moms.**

**För- och eftermiddagsfika samt lunch ingår i priset. Anmälan är bindande men kan överlåtas till annan person.**

**Anmälan: [millkbt@telia.com](mailto:millkbt@telia.com)**

**Hemsida: [www.millkbt.se](http://www.millkbt.se) Telefon: 0703 34 36 77**





# FRÅGA LISTAN!

Text. Johan Westöö

Till denna gång blev inte skörden av svar så stor men ändå spännande att läsa. Denna gång rörde frågan OCD:

- tips på bra exponeringsövningar vid OCD?
- tips på vad man som behandlare kan göra för att upptäcka tvång som inte syns (om pat inte berättar om dem)?
- exempel på fall som man kan lära sig något av... :)

.....

Hej

jag har en pat med sexuellt tvång ett behov av att ringa telefonsex. Exponering för honom blir i första skedet, att utsätta sig att sätta sig vid telefonen som det går att ringa ifrån, 2 andas med buken, 3 möta tankar och känslor med hjälp av mig, att surfa på dem enligt Act metoden, att släppa taget om dem. 4 blir att lokalisera var någonstans har han upplevt samma känslor och tänkt samma tankar, alltså känner han igen dem sedan tidigare.

5 göra en ACT Symbolresa med dem, inre sådan.

Då brukar de säga att det känns mycket lättare i kroppen, stressbandet i magen löses upp.

Överhuvudtaget upplever pat en befrielse.

Kan det vara något?

Tvånget kommer fram ändå i samtalet, om han följer patientens berättelse om sitt liv, vilket är nödvändigt.

mvh Ulla S

.....

Hej

Hejsan!

Vad intressant att ni fokuserar på OCD.

Jag arbetar med personer med ADHD och OCD. Vilka svårigheter kan uppstå i behandlingen med OCD då det samtidigt finns en neuropsykiatrisk diagnos?

Hälsningar Annika Bengtner

.....

Hej!

Tja BT:aren!

Jag har nånstans ifrån fått lära mig ett intressant BE för kontrolltvång.

Klientens antagande skulle kunna vara runt att inte våga lita på sina sinnen så måste kolla saker extra noga med både syn och känsel.

I själva utförandet står klienten med ryggen mot en spis och ska under 10 försök vända sig om och "slänga en blick" på någon förbestämd knapp, lyse, ratt m.m och säga hur de står. Behandlaren ändrar inställningar mellan försöken och klienten uppskattar innan hur många "sneglingar" han tror blir korrekta. Sen jmf man prediktionen med resultatet och kopplar till antagandet ovan.

Eftersom det är en kognitiv intervention (?) så kanske extra viktigt att hålla koll på att det inte blir en försäkran.

/ C-F

.....

Ja det var allt för denna gång. Ett svar är ju egentligen en fråga i sig, och den som känner sig manad kan väl svara på den!



2010-06-09 Nätverksmöte BTF, Mitt-KBT

Övre raden från vänster: Agneta Nilsefur, Stefan Olsson, Anna Svensson, Åsa Jonsson, Katharina Johansson och Elisabeth Ling.

Nedre raden från vänster: Ulrika Söderlund, Eva-Marie Sundström, Tomas Unger, och Michael Holmgren. Saknas på bilden gör Håkan Andersson.

Fotograf: okänd kvinna vid receptionen på psykologmottagningen.

Inskickat av kameraägaren Ulrika Söderlund.





Välkommen till en  
intensiv fortsättningskurs!

# ACT

## i teori och praktisk tillämpning

10 heldagar

Göteborg och Stockholm

Våren 2011

### En kurs för Dig som önskar fördjupa dina kunskaper i ACT

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

### Kursens omfattning och upplägg

Kursen omfattar totalt tio heldagar vid fem tillfällen. Varje tillfälle består av en dag teoretisk undervisning i helgrupp och en dag med praktisk workshop i mindre grupper med en gruppleddare. Under workshopen kommer fokus ligga på färdighetsträning där du som deltagare får tillfälle att både observera och själv öva dig i tillämpning av ACT-tekniker. Upplevelsebaserade övningar kommer också vara en del av inläringen.

### Förkunskapskrav

Det här är en fördjupningsutbildning och kräver att du deltagit i minst en tvådagars workshop i ACT eller har motsvarande erfarenhet. Dessutom är det önskvärt att du arbetar kliniskt och har möjlighet att öva på kursinnehållet under kursens gång.

### Utbildare

Tobias Lundgren, *leg. psykolog, ACT-trainer och doktorand.*

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

Tomas Parling, *leg. psykolog, doktorand.*

Charlotte Ulfsparré, *leg. psykolog.*

Tore Gustafsson, *leg. psykolog.*

### Datum och information

**Göteborg** 14–15 feb, 21–22 mars, 11–12 april, 9–10 maj och 30–31 maj.

**Stockholm** 24–25 feb, 24–25 mars, 14–15 april, 5–6 maj och 26–27 maj.

**Mer information finns på hemsidan**  
[www.tobiaslundgren.se](http://www.tobiaslundgren.se)

**Där är du även välkommen att göra din anmälan.**

**TOBIAS LUNDGREN psykologtjänst [www.tobiaslundgren.se](http://www.tobiaslundgren.se)**

GÖTEBORG: Tore Gustafsson 0705-26 31 77 [tore@tobiaslundgren.se](mailto:tore@tobiaslundgren.se)  
STOCKHOLM: Charlotte Ulfsparré 0738-90 65 88 [charlotte@tobiaslundgren.se](mailto:charlotte@tobiaslundgren.se)