

Beteende terapeuter

Ta del av innehållet från BTF:s årskongress i Uppsala

- D. Miklowitz om bipolära tillstånd
- Behandling för vuxna med ADHD
- Styrelsens nytillskott
- Mingelbilder

Boknytt: Lev med din kropp

”En efterlängtd bok om kroppsmissnöje”

Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Daniela Lambert, Redaktör
Anna Eriksson
Liv Larsson
Johan Westöö

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 augusti 2009

Bidrag skickas till:

L_DANIELA@HOTMAIL.COM

Textformat: Word

(eller RTF om du använder Mac)

Tryck och repro

AWJ-Tryck AB, Nyköping

Redigering

Lennart Östlund, Learning Partner,
Nyköping

Redaktionellt

Våren är här och i full blom! Vad passar då bättre än ett nytt fräscht nummer av Beteendeterapeuten i vårsolen på balkongen? Du som inte var på årskongressen i Uppsala får i detta nummer ta del av en hel del därifrån, däribland Miklowitz workshop om bipolär sjukdom samt det senaste gällande "KBT vid ADHD". Även styrelsens nytillskott presenteras närmare. Utifrån fotona att döma verkar underhållningen ha varit av högsta klass. Så bläddra fram och leta efter "kändisar" och kollegor. Vem vet, kanske har paparazzi fångat även dig på ett foto? I miniprofilen i detta nummer är det autismexperten Siw Högfeldt som sätts under lupp. Manusstopp för nästa nr är inte förrän 10 aug så tills dess har du gott om tid att författa några rader till "KBT-världens" bästa medlemstidning!

Daniela Lambert
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

Årskongressen:

Rapport från workshop med David J. Miklowitz 4

DBT/KBT för vuxna med ADHD 7

Bilder från årskongressen 9

Presentation av de nya i styrelsen 12

Miniprofilen, Siw Högfeldt presenteras 15

Krönikan 16

CEREB AB - neuropsykiatri och KBT 17

Boknytt 20

Fråga Listan 21

Ledare

Sura tanter – en framtidsvision?

En sur tant.

Det är kanske inte alltid hundra procent genuspolitiskt korrekt att tala om sura tanter, men det är faktiskt en sur tant. Men hon är inte bara en sur tant. Hon är en symbol också. Hon har valts ut av någon för att bildmässigt symbolisera och sammanfatta synen på ett av de absolut största genombrotten för psykologisk behandling i den svenska historien.

När Socialstyrelsen går ut och tydligt visar att man mycket ofta vill sätta psykologisk behandling före medicinsk behandling för depression och ångestproblem, vad blir då reaktionen hos Psykologförbundet, Sveriges största organisation för psykologisk behandling? Jubel över hur ljus den närmsta framtiden kommer att kunna te sig för alla de som jobbar med psykologisk behandling (om nu riktlinjerna inte ändras)? En kritisk djupanalys av vad som gjort att psykologiska behandlingar prioriteras framför farmaka (evidensmässigt är det ju inte alltid helt glasklart, så andra faktorer har vägts in)? En uppmaning till psykologkåren att på ett konstruktivt sätt använda sig av denna unika möjlighet och gå ut och ta mer plats i sjukvården, med en välbehövlig ökning av både omgivningens respekt och lönekuvertets tjocklek? Nej, svaret blir en sur tant som pratar om ”katastrof” på omslaget till psykologtidningen! Varför? Jo, det är ju KBT som lyfts fram mest, inte alla former av psykologisk behandling. Det gillar inte den sura tanten alls, för hon vet ju att man inte klarar sig med bara KBT, man måste ju var ”generalist”. Hennes egna kunskaper om KBT, eller hur ofta hon själv använder KBT, eller hur exakt hon väljer att plocka fram KBT-verktygen istället för några andra verktyg framgår inte alls.

I samma tidning hävdas från psykologförbundets speciella utredare av riktlinjerna att de flesta psykologer har KBT-kompetens. Samtidigt som man i princip sågar möjligheten att någon annan yrkesgrupp skulle kunna bedriva bra KBT-behandling så har plötsligt en majoritet av Sveriges psykologer fullgoda kunskaper och färdigheter i KBT. Hur har detta gått till? Via subliminala distanskurser gömda i psykologtidningens innehåll de senaste 30 åren? Att det inte skett via den medvetet upplevda delen av tidningens innehåll är i alla fall lätt att konstatera... Den inom psykologförbundet nybildade

yrkesföreningen för KBT-psykologer har ett gediget jobb att göra inom sitt förbund när det gäller att ta itu med det halvofficiella budskapet ”visst är vi alla legitimerade generalister och precis lika bra men rör inte vår psykodynamiska grundsyn som vi bara vet är rätt!”. Men vänta nu. När jag läser igenom det jag skrivit hittills inser jag att det kanske är värre än jag trott! Den sura tanten är inte bara själv sur – hon smittar av sig! Jag kanske inte riktigt kan klassificeras som ”sur farbror” än, men ”sur medelålders psykolog” låter inte heller toppen. Vilket får mig att tänka på en färsk debattartikel i Läkartidningen, skriven av många psykodynamiska toppnamn med Johan Cullberg i spetsen, där man bland annat lite ångerfullt går ut med att den psykodynamiska traditionen varit alltför trångsynt och dominerande under många årtionden, och på ideologiska grunder inte släppt fram andra behandlingar. Nu vill man understryka vikten av att det inte händer igen, men utifrån en annan ideologis dominans. Här skulle jag kunna fortsätta det sura spåret med ett ”det är så dags att komma med det nu...”, men jag tycker det är mer intressant att fundera på hur man konstruktivt ska förhålla sig till detta. Frågan är väl vilken ideologi man pratar om. Om det rör sig om de teorier som rymms inom KBT i vid bemärkelse vore det mycket olyckligt om dessa på grund av ren (framtida) numerär dominans slog ut andra terapiskolors teorier. Däremot har jag svårt att helt ge upp tanken att ideologin om en vetenskaplig grundsyn och empirisk evidens faktiskt bör vara dominerande. För min personliga del känns detta som den mest rättvisa grundideologin, där olika teorier och inriktningar erövrar mark främst genom empiriskt slitjobb, inte genom teoretiskt begreppsbombande. Exakt hur denna ideologi tar form och hur olika typer av forskning ska räknas in i evidenspusslet måste fortsätta debatteras, men jag tycker att det är lättare att hålla hårt fast vid den grundsynen eftersom jag har svårt att se att den skulle kunna vara lika uteslutande som den dynamiska rörelsen varit. Det kommer att innebära att vi får se fler sura tanter (och farbröder) även i framtiden, och kanske drabbas av en släng ”motsurhet” själva, men det kan det vara värt. Inte minst då den snabbt kan kompenseras av hur nöjda vi kan tillåta oss vara över att vi faktiskt ägnar oss åt den behandling där den absolut mesta empiriska mödan hittills har lagts ned. Och fortsätter att läggas ned.

Viktor Kaldo
Ordförande
i Beteendeterapeutiska föreningen



BTF:s Årskongress

Rapport från workshop ”Working with families of patients with bipolar disorder” med David J. Miklowitz, University of Colorado, USA.

Text: Johan Westöö

David Miklowitz gav en mycket innehållsrik och spännande workshop under årsmötets andra dag. Han presenterade fakta kring bipolära tillstånd avseende prevalens, differentialdiagnostik och gav information kring hur de olika bipolära tillstånden kan ta sig i uttryck under barndom och ungdom. Han beskrev en del kring farmakologisk behandling och presenterade en modell för psykosocial behandling där man arbetar med patienten och familjen runt patienten. En del av workshopen ägnades också åt typiska frågeställningar föräldrar till barn och ungdomar med bipolärt syndrom ofta har.



Miklowitz inledde med att definiera vad man avser med mani och depression samt angav kriterierna enligt DSM-IV-TR. Han berättade att ungefär 1 av 25 personer drabbas och att 50 – 67 % av patienterna debuterar före 18 års ålder. Återhämtningen sker långsamt och en stor andel återinsjuknar trots farmakologisk behandling. Suicidrisken är förhöjd hos patientgruppen (15 % livstidsrisk). Gruppen har också ofta svårt med compliance gällande medicinering och tillståndet ger upphov till hög stressnivå och gör också personen mycket stresskänslig. En stor grupp (90 %) har flertaliga recidiv och 37 % återinsjuknar inom ett år. Andelen som återfaller i sjukdom ökar vid längre uppföljningar och uppskattas till 73 % på 5 år. Man räknar med att ungefär 50 % av patienterna inte får god eller tillräckligt god effekt av behandling.

Sekundära effekter av bipolär störning inkluderar risk för suicid, arbetsförmåga och ständiga byten av arbeten, frekventa flyttningar, flertaliga äktenskap och skilsmässor, ekonomiska svårigheter, problem med rättsväsendet och höga vårdkostnader. På senare år har man alltmer uppmärksammat bipolära syndrom hos barn och ungdomar. Det är svårt att diagnostisera och urskilja från typisk utveckling (tonårstrots t ex) och från uppmärksamhetsstörning, ADHD. Miklowitz tog upp några särskiljande drag som kan vara till hjälp när man försöker skilja mellan ADHD och bipolär störning. Bipolära symtom är mer cykliska och barnet har ofta mer skiftande humör, ibland med psykotiska inslag. Det är

*David J Miklowitz föreläser om bipolära tillstånd vid BTF:s årskongress.
Foto: Alejandro Munoz Retamal*

också vanligare med en familjebakgrund där bipolär sjukdom förekommit. Barn/ungdomar med bipolär störning uppvisar oftare depressiva episoder. Symtom som inte särskiljer mellan tillstånden är irritabilitet, distraherbarhet, hyperaktivitet, intensivt tal och hög energinivå. Skillnader mellan den ”vanliga” tonåringen och tecken på bipolaritet presenterades också. Här pekade Miklowitz bland annat på att tonåringen med bipolaritet uppvisar en högre intensivare grad av riskbeteenden som också kopplas till en nedsättning av funktionsnivån i skola och socialt. Han tog också upp att tonåringar med bipolaritet uppvisar upprymdhet och intensiv förväntan som inte är direkt kopplad till typiska perioder/situationer som julafton eller examen till skillnad från typiska tonåringar som kan bli upprymda i förväntade situationer. Den bipolära tonåringen har ibland inslag av grandiositet som inte heller är kopplad till någon typisk eller förväntad situation eller kontext. Den typiske tonåringen har ibland humörsvängningar medan tonåringen med bipolärt syndrom har mer uttalade symtom på mani/nedstämdhet som går i cykler tillsammans. De flesta tonåringar är ibland uppe hela natten och vänder på dygnet men för tonåringar med bipolärt syndrom gäller att symtomen återigen är mer grava och tydligt uttalade.

Psykosocial behandling

Ofta har man god hjälp av farmakologisk behandling men psykoterapi eller psykosocial behandling är ett nödvändigt komplement i många fall. Områden som står i fokus i en psykosocial behandling kan vara att öka följsamheten gällande medicinering, höja funktionsnivån socialt eller yrkesmässigt och att lära ut stresshanteringsmetoder för att risken för återfall i sjukdom skall minska. Man arbetar också med att förstärka skyddet som familjen runt patienten kan ge och med att bearbeta eller minska effekten av det trauma många upplevt som en sekundär effekt av att sjukdomen brutit ut.

Den behandling som Miklowitz arbetar med kallas Family-Focused Treatment, FFT och har prövats i 3 studier som nämndes (The Colorado Treatment Outcome Study 2003, UCLA FFT Study 2003 och The Step Multisite Program 2007).

Man har sett att FFT + medicin kan förlänga perioder mellan återinsjuknande jämfört med krishantering + medicin och att effekter av familjefokuserad terapi var mer långvarig jämfört med individuell terapi mätt som tiden mellan återinsjuknanden, och att ungdomar med bipolärt syndrom sänkte sina ”depressionspoäng” över tid med hjälp av FFT. Miklowitz nämnde också att behandlingen visat mer effekt gällande depression jämfört med mani.

Den terapeutiska stilen hos terapeuten som arbetar med FFT skall vara varm, genuin, accepterande och ”selfdisclosing”. Man använder sokratiskt angreppssätt snarare än ett didaktiskt sätt och uppmuntrar att alla familjemedlemmar runt patienten är delaktiga. Man skall hantera och arbeta med affektiva reaktioner under behandlingen och ha känsla för timing. Icke-specifika terapeutiska inslag i behandlingen utgörs av att man förmedlar hopp, ger utrymme för patientens behov av autonomi och kontroll samt att man ser patienten som expert på sin egen sjukdom och en aktiv samarbetspartner i behandlingen. Det är också viktigt att man visar ett personligt intresse för patientens person bortom sjukdomen. Behandlingen utgår från 6 grundteman som är:

- Att integrera familjens upplevelser av affektiv sjukdom
- Identifiera tidiga varningstecken och implementera återfallspreventionsplan
- Acceptera de genetiska och biologiska sårbarhetsfaktorerna och det kontinuerliga behovet av psykofarmaka
- Att särskilja och uppmärksamma patientens egen personlighet från sjukdomen och dess effekter
- Lära sig känna igen och kunna hantera stressande händelser som kan trigga återfall
- Att återuppta funktionella familjerelationer efter en episod av sjukdom

Steg 1 i behandlingen består av minst 7 sessioner av psykoedukation där man tar upp symtom, sårbarhets-

”Man har sett att FFT + medicin kan förlänga perioder mellan återinsjuknande jämfört med krishantering + medicin och att effekter av familjefokuserad terapi var mer långvarig jämfört med individuell terapi mätt som tiden mellan återinsjuknanden, och att ungdomar med bipolärt syndrom sänkte sina ”depressionspoäng” över tid med hjälp av FFT.”

modellen och att lära sig identifiera livshändelser som kan ha funnits med vid debuten av och eventuellt bidragit till insjuknandet. Man lär ut olika tekniker för att skatta stämningläget så att patienten kan följa upp sitt eget mående och bli mer vaksam på eventuella tecken på att depression eller mani håller på att utvecklas. Man arbetar också med sömnhygien och formulerar en plan eller ett kontrakt för att kunna hantera eventuellt återfall där man tillsammans bestämmer vad som skall göras om symtom på mani börjar bli mer kännbara. Man förmedlar till patienten att en återfallsplan gällande tidiga tecken på mani kan innebära att man kan undvika inläggning.

Steg 2 i behandlingen är 7-10 sessioner kommunikationsträning. Man arbetar med aktivt lyssnande, att uttrycka positiva känslor och att förmedla positiva önskemål om beteendeförändringar hos andra. Man arbetar här med både kroppsspråk och verbalt beteende och jobbar med rollspel.

Steg 3 handlar om problemlösningsfärdigheter och består av 4-5 sessioner där man kan arbeta med hur man skall höja följsamheten i medicinsk behandling och hur man skall återuppta sociala, yrkesmässiga eller studiemässiga områden i livet som fått stå tillbaka. Man arbetar också vid behov med relationsproblem och boendeproblem.

Vid de avslutande sessionerna gör man en summering och tittar på vad som åstadkommit i relation till de 6 grundteman behandlingen fokuserar på och berömer deltagarna för deras ansträngningar att jobba med målen för behandlingen. Man repeterar återfallsplanen och förändrar den om det behövs. Terapeuten hänvisar de anhöriga och patienten till andra instanser som

kan erbjuda stöd kontinuerligt efter själva terapin är avslutad. Terapeuten uppmuntrar patienten att försöka upprätthålla följsamheten gällande medicinering. Det är också viktigt att som terapeut uttrycka optimism och ha en uppmuntrande attityd och att kunna finnas tillgänglig för frågor eller uppföljande sessioner.

Avslutningsvis sammanfattade Miklowitz med att FFT fokuserar på att bygga en stark allians med patienten, att man ger patienten verktyg för att kunna klara sig själv och att man bygger på att stärka stödet som familjemedlemmar kan ge till patienten. Man jobbar också med att ta bort hinder för följsamhet i behandling och med återfallsprevention. Förstärka och träna kommunikationsfärdigheter och problemlösningsfärdigheter är också viktiga delar i modellen.

Referenser

Miklowitz et al. Arch Gen Psychiatry. 2003, 60:904-912.

Rea, Tompson, Miklowitz et al. J Consult Clin Psychol. 2003.

Miklowitz et al., 2007; Arch Gen Psychiatry

Miklowitz et al (2008). Arch Gen Psychiatry

Självhjälpsböcker om bipolär störning

The Bipolar Disorder Survival Guide –

D. Miklowitz (2002)

The Bipolar Child – D. Papolos & J. Papolos (2002)

New Hope for People with Bipolar Disorder –

J. Fawcett et al. (2000)

The Bipolar Workbook – M. Basco (2005)

***VAR DET LÄNGESEN DU SKICKADE
IN NÅGOT BIDRAG TILL TIDNINGEN?
DET ÄR ALDRIG FÖR SENT! SKRIV I
BETEENDETERAPEUTEN DU OCKSÅ!
TIDNINGEN BEHÖVER DIG!***

DBT/KBT för vuxna med ADHD

Text: Anna Eriksson

På BTF:s årskongress presenterade Tatja Hirvikoski och Else Waaler, psykologer på Neuropsykiatriska enheten på KS, upplägget på den DBT-baserade färdighetsträning i grupp för vuxna personer med ADHD som de utvecklat de senaste åren. Publiken på föreläsningen fick även ta del av resultaten från deras forskning inom området.

2005 fick Neuropsykiatriska enheten på Karolinska sjukhuset i Solna ett begränsat behandlingsuppdrag, från att tidigare enbart arbetet med neuropsykiatrisk utredning. När personalen började fundera på hur behandlingen skulle utformas utgick man från evidensbaserad praktik och egna erfarenheter från enheten. Många patienter som genomgått utredning på NPE hade uttryckt önskemål om att träffa andra personer i samma situation, varför valet föll på gruppbehandling. Vid genomgång av publicerade forskningsstudier fann man fem sådana varav man fastnade för den som utförts av Hesslinger et al (2002), p g a likheter med det arbete som utfördes på NPE. Personalen på NPE gjorde ett studiebesök hos Hesslinger-gruppen i Tyskland för att inhämta information och inspiration.

En pilotstudie genomfördes på NPE vintern 2005-2006 och därefter påbörjades forskningsstudien, som

är en RCT. En DBT-baserad färdighetsträningsgrupp jämfördes med en löst strukturerad diskussionsgrupp.

”Målsättningar var att ge deltagarna i färdighetsträningsgruppen en introduktion till DBT/KBT, samt att behandlingen skulle leda till viss minskning av ADHD-symtom och viss minskning av vanliga komorbida symtom.”

I behandlingsgruppen ingick behandlingskomponenterna mindfulness, färdighetsträning, beteendeanalys och hemuppgifter. I diskussionsgruppen valde gruppen teman som de ville diskutera medan de psykologer som var gruppleddare höll koll på aktiviteten och interaktionen i gruppen. Målsättningar var att ge deltagarna i färdighetsträningsgruppen en introduktion till DBT/KBT, samt att behandlingen skulle leda till viss minskning av ADHD-symtom och viss minskning av vanliga komorbida symtom. Man ville undersöka frågeställningen: fungerar metoden på en vanlig öppenvårdsmottagning i Sverige med de patienter och de behandlare som finns där? Som utfallsmått valdes skattningar av psykiatriska symtom t ex BDI och BAI, skattningar av ADHD-symtom samt patientens egen upplevelse av behandlingen och tolerans av den. Deltagarna i studien var 18 år eller äldre, hade diagnosticerad ADHD, var stabila avseende medicinering sedan minst 3 månader alternativt hade ingen medicinering. Andra neuropsykiatriska tillstånd, missbruk samt omfattande psykiatrisk eller psykosocial instabilitet utgjorde exklusionskriterier.

Hittills har 36 personer deltagit i studien, varav 19 personer har fått den aktiva behandlingen. Resultaten



KBT vid ADHD, Tatja Hirvikoski och Else Waaler.

Foto: Anna Eriksson

har visat att hos deltagarna i den aktiva behandlingsgruppen minskade ADHD-symtomen signifikant från mättillfället före behandling till mättillfället efteråt. Behandlingsgruppen och diskussionsgruppen var lika nöjda med den intervention de erbjudits. Däremot upplevdes den aktiva behandlingen som ”mer trovärdig” enligt resultat på ”Treatment credibility scale” som fylldes i av deltagarna efter session 1, 5, 10 och 14. Sammanfattningsvis visar de preliminära resultaten att den DBT-baserade färdighetsträningsgruppen hade en positiv, medelstor effekt på utfallsmåtten. Ytterligare mätningar har genomförts men resultaten från dessa har ännu inte sammanställts.

Sammanfattningsvis visar de preliminära resultaten att den DBT-baserade färdighetsträningsgruppen hade en positiv, medelstor effekt på utfallsmåtten.

Följande områden ingick i gruppbehandlingen: fakta om ADHD, neurobiologi, mindfulness, kaos och kontroll, dysfunktionellt beteende/beteendeanalys, känslereglering, depression och medicinering vid ADHD, impuls kontroll, stresshantering, beroende/missbruk, ADHD i relationer, självrespekt samt återblick/framåtblick. Gruppträffarna inleddes med feedback och genomgång av hemuppgifter (45 min), paus med fika, mindfulnessövning (5 min), veckans tema (40 min) samt hemuppgift till nästa vecka (10 min). Gruppledarna ägnade en hel del tid åt att förstärka genomförda hemuppgifter samt ge mycket feedback och hjälp till deltagarna. Eftersom deltagarna ofta hade väldigt mycket att prata om var det viktigt att försöka hålla på strukturen, och från terapeuter krävdes en hel del styrning vilket terapeuterna var tydliga med från början.

Ett övergripande mål för deltagarna i färdighetsträningsgruppen var att öka sin beteendepertoar och sin beteendeflexibilitet. Följande är exempel på konkreta interventioner som ingick i färdighetsträningsgruppen:

- Korta och tydliga mindfulnessövningar. Gruppledarna poängterade att sådana övningar kan vara ett sätt att styra sin uppmärksamhet, samt att bli bättre på att fokusera i stunden, fullfölja sina planer och inte bli så lätt distraherad av inre och yttre stimuli. Övningarna presenterades som ”fokusträning” snarare än som avslappningsövningar och deltagarna uppmuntrades att försöka få in mindfulness i sitt vardagliga liv.

- Beteendeanalys av situation (inklusive sårbarhetsfaktorer) – beteende – konsekvens (på kort och lång sikt), som sedan utökades med problemlösning samt övning i att utföra beteendeanalys på egen hand.
- Stresshantering: genomgång av sambandet mellan oorganiserat beteende och subjektiv upplevelse av stress, sambandet mellan stress och kapacitet/prestation samt övningar i konkret stresshantering.
- Kaos och kontroll: en handfast, praktisk session där områdena tidsplanering, hjälpmedel och hur man skapar en god miljö ingick.
- Missbruk av substanser, arbete, sport, sex, internet och andra högriskbeteenden.
- Relationer och respekt för sig själv: skriftlig information till anhöriga om ADHD och behandling samt erbjudande om en individuell träff med en anhörig person. Konsekvenser av ADHD för levnadshistoria, relationer och självförtroende.
- Utbyte av erfarenheter, utvärdering och förslag till förbättring. Många deltagare var också intresserade av att bilda självhjälpsgrupper då stämningen i allmänhet var positiv efter gruppbehandlingen.

Ett övergripande mål för deltagarna i färdighetsträningsgruppen var att öka sin beteendepertoar och sin beteendeflexibilitet.

Tatja Hirvikoski och Else Waaler lyfter fram flera berikande erfarenheter från gruppbehandlingen. Deltagarna utgjordes av en heterogen grupp som har många gemensamma erfarenheter av att leva med ADHD, och de fick ett stort utbyte av att träffa andra med samma diagnos. Närvaron var hög, strukturen i gruppbehandlingen uppskattades, men deltagarna efterlyste samtidigt mer ostyrd tid för erfarenhetsutbyte. Deltagarna hade över lag lätt att ta till sig och praktisera övningarna i mindfulness medan beteendeanalys upplevdes som svårare. Ämnesområdena upplevdes som relevanta och engagerande av deltagarna och hemuppgifter utfördes i större utsträckning än förväntat. Tatja och Elsa rekommenderar några ytterligare interventioner utöver gruppbehandlingen, till exempel terapeutlösa sessioner i direkt anslutning till grupptillfället där patienterna kan diskutera, se film, göra mindfulnessövningar från CD och dylikt; självstudiegrupper efter gruppbehandlings avslut samt coaching/individuella sessioner vid behov.

BTF:s årskongress i Uppsala



En trevlig middag bjöds det på och mingel fanns det gott om tid för under middagen och timmarna därefter. Underhållning bjöds det också på i form av sambadansare. Fotograf: Marie Blom



Fotograf: Marie Blom



Bilden till höger är tagen av Alejandro Munoz Retamal



Fotograf: Marie Blom



*I talarstolen ses Lars-Göran Öst.
Foto: Alejandro Munoz Retamal
Nedan:
Intresserade åhörare vid års-
kongressen i Uppsala.
Foto: Marie Blom*



Tove Wahlund



Vad jobbar du som och var?

Jag är PTP-psykolog på en allmänpsykiatrisk mottagning för vuxna patienter med komplexa vårdbehov i Norra Stockholms psykiatri.

Varför har du valt att vara med i styrelsen?

Jag vill syssla med något jag är intresserad av på fritiden och dit hör verkligen BTF:s arbete för BT/KBT. När jag blev tillfrågad om att vara med i styrelsen blev jag glad eftersom det passar det mig bra att engagera mig lite mer just nu, och styrelsearbetet verkar roligt och lärorikt.

Vad kommer du att lägga krutet på i ditt styrelsearbete?

I egenskap av medlemssekreterare kommer jag framöver att lägga mycket tid på administrativt arbete i medlemmarnas tjänst. Nu i början jobbar jag på att lära mig rutinerna för det.

Vad gör du när du inte jobbar för BTF?

Jag läser, håller på med handarbete och att gillar att röra på mig, t ex träna och cykla. Utöver det tänker jag en hel del på KBT och inlärningsteori även när jag inte är på jobbet eller ägnar mig åt BTF, eftersom jag tycker att det är så roligt.

Presentation av de

David Blank



Vad jobbar du som och var?

Jag är egen företagare och jobbar både som organisationskonsult med OBM och med behandling.

Varför har du valt att vara med i styrelsen?

Jag har länge tyckt om BTF och i flera år fått ut mycket av att vara medlem. Därför känns det bra att försöka bidra på nåt sätt till föreningens verksamhet och utveckling. Samtidigt ser jag fram emot att lära mig något och träffa intressanta människor.

Vad kommer du att lägga krutet på i ditt styrelsearbete?

Dels är jag kontaktperson för AKBT och CBT, dels ska jag stötta arbetet med media. Dessutom hoppas jag kunna hjälpa till i det "vardagliga" styrelsearbetet som behövs för en fungerande organisation.

Vad gör du när du inte jobbar för BTF?

Just nu går den mesta tiden åt till att flytta tillsammans med min flickvän. Annars njuter jag gärna av film, musik, spel - gärna tillsammans med kompisar. Simmar också ett par gånger i veckan.

Annika Deverud



Vad jobbar du som och var?

Jag heter Annika Deverud och bor i Umeå, sedan 20 år tillbaka. Jag har arbetat som psykolog här på BUP sedan lika länge och dessutom sedan flera år tillbaka på Umeå Universitet på 25%. Just nu är jag ansvarig för den första steg-1 utbildningen i KBT i Västerbotten och Västernorrland, som blir klar i juni.

Varför har du valt att vara med i styrelsen?

Jag accepterade förfrågan att ingå i BTF:s styrelse då jag tycker att det är viktigt att stödja och påverka KBT:s utveckling i Sverige.

Vad kommer du att lägga krutet på i ditt styrelsearbete?

Det jag tror jag kan bidra med är att jag har både lång klinisk erfarenhet inom psykiatri jämfört att jag under åren har arbetat med olika uppdrag inom Umeå Universitet. Jag har dessutom särskild erfarenhet av att vara ensam KBT-are i en hel region, då jag är utbildad både som steg-2-terapeut och handledare. Det jag kommer att kunna bidra med till styrelsearbetet är synpunkter i olika utbildningsfrågor.

Vad gör du när du inte jobbar för BTF?

Fritiden ägnar jag åt att sjunga i gospelkör, läsa böcker, samt umgås med familj, släkt och vänner.

nya i styrelsen

Björn Paxling



Vad jobbar du som och var?

Jag har en delad tjänst där jag forskar på halvtid och arbetar kliniskt på halvtid. Som forskare är jag anställd

på Linköpings universitet i Gerhard Andersson och Per Carlbrings forskargrupp, och där fokuserar jag på internetbaserad terapi. Min nisch inom fältet är hälsoekonomi, där jag studerar kostnadseffektiviteten vid olika interventioner, vad de kostar att ge kontra utfall ur ett samhällsperspektiv satt i relation till primärt utfall (som förändring i ångest, nedstämdhet, livskvalitet osv). Forskningen har även givit mig möjlighet till internationella samarbeten, och jag är antagen som doktorand vid Vrije universitet i Amsterdam. Min kliniska tjänst sker på ett privat företag beläget i Lund som heter Hjärnhälsan. Vi har avtal med Region Skåne sedan 2002, och bedriver vuxenpsykiatri. Under hösten 2008 startade Hjärnhälsan ett nytt företag med Carema, Carema Hjärnhälsan, och sedan mars i år bedriver vi vuxenpsykiatri i Stockholm region sydost (Nacka, Haninge, Tyresö, Värmdö och Nynäshamn). Här är min roll främst att rekrytera psykologer med KBT-kompetens.

Varför har du valt att vara med i styrelsen?

Jag ser det som en stor ära att få vara med i styrelsen i Beteendeterapeutiska Föreningen, så det är snarare så att styrelsen/valberedningen valde mig. Sedan jag under studietiden betalade in min första medlemsavgift och fick tillgång till den fantastiska KBT-listan så har föreningen fungerat som en viktig resurs i min yrkesutövning, både genom att hålla mig uppdaterad på utvecklingar på områden jag annars inte varit så fokuserad på, och genom att erbjuda möjligheter till kontaktknytande och nätverkande med inspirerande människor. Jag är också en person som vill väldigt mycket, och i de fall där mina värderade riktningar överensstämmer med BTFs, så ser jag styrelseuppdraget som en bra plattform för att aktivt arbeta vidare i dessa frågor.

Vad kommer du att lägga krutet på i ditt styrelsearbete?

Jag är väldigt intresserad av tillgänglighet, både i termer av att psykiatrin ska ha en hög tillgänglighet gentemot de människor som söker hjälp, och i betydelsen att yrkesverksamma människor ska ha smidig tillgång till

arbetsmaterial, manualer, aktuell forskning osv. Rent konkret innebär detta att jag kommer arbeta med att försöka göra föreningens hemsida till en mer levande plats, och jag skulle gärna se att en del av den kunskap som ryms inom KBT-listan även kommer allmänheten till del i större utsträckning. Om jag tillåter mig att drömma så skulle det också vara fantastiskt roligt om det gick att redan nu börja bereda väg för en större kongress i Sverige i framtiden (som EABCT).

Vad gör du när du inte jobbar för BTF?

I den mån jag hinner försöker jag arbeta politiskt för att motverka den skenande nedrustningen jag tycker att vi ser omkring oss beträffande privatliv, personlig integritet och i viss mån faktiskt också våra mänskliga rättigheter. Jag försöker hålla mig uppdaterad i den tekniska utvecklingen, har alldeles för många bloggar i min RSS-feed, och är barnsligt förtjust i min Nintendo Wii. Tillsammans med min hustru Linda bor jag i Malmö i en lägenhet vi inreder efter bästa förmåga. Slutligen brinner jag för djurrättsfrågor, och älskar att äta vegansk mat, både hemlagad och på restaurang.

Kristina Nilsson



Vad jobbar du som och var?

Jag är i grunden barnmorska och arbetar sedan snart 2 år tillbaka som KBT-behandlare i primärvården i Luleå.

Varför har du valt att vara med i styrelsen?

Jag är visserligen inte ny i styrelsen men kom inte med i förra årets presentationsrunda av styrelsen.

Jag sitter med för andra året, som suppleant. Jag blev intresserad av att vara med i styrelsen då jag önskade lära känna BTF som organisation. Detta för att bättre förstå vad som händer idag i KBT-världen.

Vad gör du när du inte jobbar för BTF?

Den här delen av året tillbringar jag gärna min fritid ute på skärgårdsisen. Där är det ofta soligt, stilla, tyst och oändligt vackert

Grattis Marie Blom!

*Du har vunnit en 1-dagsworkshop i BTF:s regi.
Maila namn och hemadress till Daniela Lambert
L_DANIELA@HOTMAIL.COM
så får du workshopsintyget hemskickat.*

MINIPROFILEN



Ett nytt inslag i Beteendeterapeuten är miniprofilen, där enskilda medlemmar i BTF intervjuas av redaktionen. Nu är det dags för Siw Högfeldt.

Text: Daniela Lambert

Vilket yrke har du? Vad arbetar du med?

Jag är legitimerad psykolog och har min tjänst på en specialistverksamhet för barn och ungdom med autism och utvecklingsstörning, inom Stockholms Läns Landsting.

Mina arbetsuppgifter är mycket varierande vilket jag trivs bra med. Jag arbetar med:

- 1) Introduktionsutbildning till föräldrar och personal.
- 2) Föreläsningar kring olika teman.
- 3) Kurser/träningsprogram till föräldrar, hur de ska förstå och hantera barnets och ungdomens beteendeproblem genom att förmedla kunskap om olika verktyg/tekniker vilka syftar till att åstadkomma meningsfulla förändringar.
- 4) Konsultativt stöd till nätverket runt barnet och ungdomen.
- 5) Individuella insatser/behandlingar vid olika beteendeproblem.
- 6) Samtalsstöd till föräldrar, mor- och farföräldrar och syskon.
- 7) Olika grupper t.ex. mor- och farföräldragrupp.
- 8) Individuellt arbete kring handikappmedvetenhet och tonårsutveckling.

Du är ju en expert inom autismområdet efter att ha arbetat så länge med målgruppen. Berätta om ditt brinnande engagemang för dessa barn- och ungdomar! Hur började ditt intresse och vad är det som upprätthåller din entusiasm?

Under mitt yrkesverksamma liv som psykolog har jag alltid arbetat med barn och ungdomar inom Barnpsykiatri och Handikapp & Habilitering.

Barnens och ungdomarnas ”ärlighet”, tillgivenhet och vitalitet (trots ibland oerhört svåra komplexa problem) ger mig stor motivation, stimulans och glädje till fortsatt engagemang efter mer än 20 år. För oavsett funktionshinder eller andra fysiska eller psykiska svårigheter, är min erfarenhet att det alltid finns möjlighet till utveckling.

Du undrar över vad som upprätthåller mitt intresse och entusiasm? Mitt svar blir; ingen ”knopp” (mitt begrepp på barnen och ungdomarna för som jag ser det kan alla ”blomma ut” mer eller mindre på olika sätt) är den andra lik. Jag ställs inför nya situationer och problemställningar vilket är oerhört intressant. I mitt arbete med barnen och ungdomarna med autism och mental retardation har jag oerhört stor användning av beteendeterapeutiska tekniker. Ex på dessa är TBA vid olika problemområden, fobiträning samt att jag har ”nosat” lite på ACT. Teorierna och teknikerna har jag lärt mig genom att gå på kurser för många år sedan. Jag försöker hålla mig uppdaterad genom litteratur, artiklar m.m. men också genom att arbeta tillsammans med kollegor som är välutbildade, kunniga och välrenommerade inom BT samt handledning med dito kompetens. Sist men inte minst så har jag under många år ”praktiserat teknikerna” och kombinerat mitt arbetssätt med tydliggörande pedagogik vilket fungerar alldeles förträffligt bra. Jag är mycket nöjd och glad över att ha fått kunskap och lära mig vad beteendeterapeutiska teorier står för, samt har lärt mig en del ”tekniker” vilka hjälper mig STORT i mitt arbete med ”knopparna”, men också att de ofta visar på positiva effekter/resultat. HELT FANTASTISKT!

Varför är du medlem i BTF?

Att få ta del av alla olika frågeställningar och diskussioner och få möjlighet till tips på litteratur och metoder på nätet tycker jag är himla intressant. Och sist men inte minst BTF:s tidning med intressanta artiklar m.m är tillräcklig anledning till mitt medlemskap

Rekommendera en bra KBT-bok!

Beteendets ABC av Ramnerö och Törneke. Tillämpad Beteendeanalys av Ekeseth och Svartdal.

Krönikan

Text: Thomas Davidsson in association with Helena Tagesson

Är skamkänslor verkligen modernt?

I min nya kontext huset svämmar det över på alla breddar av diskriminativa stimuli för nya uppsättningar av beteenden, ja faktiskt hela beteendeklasser. Utifrån det förvånar det en aning att vi fortfarande inte är klara med rummen på övervåningen. Mina responser borde stå under aversiv eller appetativ kontroll av kontexten och således ha funnits i överflöd. På dagen ett år efter att vi flyttat in stod jag emellertid fortfarande på stegen och målade, utan att ha målet inom synhåll. Hur kom det sig att min fina tidsplan hade totalhavererat? Ett mycket snyggt excelark visade exakt hur och när det skulle ha skett, verkligheten hade uppenbarligen inte tittat i dokumentet. Som den trogna beteendeterapeut jag är avbröt jag därför målandet och påbörjade en beteendeanalys på hela projektet.

Min noggranna analys avbröts plötsligt av en radioutsändning från P1 och en röst som talade till en hängiven publik i ett land långt borta om fred på jorden. Rockstjärnan, idolen, storebrorsan, fadern, mannen på gatan, ekologiska odlaren, överbefälhavaren. Barack Obama talade i Prag men han kunde lika väl ha stått på stegen och målat mitt sovrumstak. Avslappnat, nedtonat, ja nästan vardagligt, och jag rös i hela kroppen. Det gör jag varje gång han talar. Jag ryser, blir tårögd, vill ropa: yes, I can och undrar om man kan ändra författningen så att jag kan rösta på honom under resten av min levnad. Så kommer jag på att han inte är hela världens president och så inser jag vad jag håller på med och så kommer skammen. Tankarna börjar snurra: Det här får du inte berätta för någon.

Barack Obama talade i Prag men han kunde lika väl ha stått på stegen och målat mitt sovrumstak. Avslappnat, nedtonat, ja nästan vardagligt, och jag rös i hela kroppen. Det gör jag varje gång han talar.

Men varför skäms jag? Är det för att det är omodernt att tro på Ledare, att hysa hopp och se ljus på den politiska framtiden? En upplyst svensk ska veta att politiker i huvudsak är cyniska, maktlösa, maktfullkomliga, mediala produkter och fokuserar enbart på att vinna nästa val. Men skam för att man inte hänger med i trenderna? Och just skamkänslor, är inte den typen av känslor väldigt mycket giddenianskt 1900-tal? Kan de känslorna måhända förklaras av individualismens diskurs? Om vänner, kolleger eller din brevbärare visste att du faktiskt tror på vad Obama säger och vill att han ska leda, innebär det att du bryter tabut mot regeln: dig själv som alltings mått. Utgör min reaktion på Obama en fara för den urbane metropoliten?

Eller är vi inne på fel spår, att leta efter svar i nuet? Måhända finns svaret snarare i Europas mörka historia.

Minnet av Adolf Hitler transformerar samtliga språkliga relationer till Ledare och hängivelse till känslor av skam och obehag. Vi skäms för att vi godtyckligt ekvivalerar nuet, Obama i Prag, med Hitler Jugends parader i Berlin.

Inslaget är inte så långt och efter det an-

nonserar den professionella hallåan att det är dags för Tendens. Jag återgår till mina egna hantverksbeteenden igen. Beteendeanalysen visar att jag dels har undvikit obehag på kort sikt, dels att jag har valt att värdera andra saker. Hade Obama fått sina väggar målade snabbare? Om inte hade jag, med rodnade kinder, definitivt kommit till hans undsättning. Men säg det inte till någon.

Cereb AB – Neuro-psykiatri och KBT

Text: Anna Eriksson



Hannah Jakobsson, verksamhetschef på CEREB.
Foto: Anna Eriksson

Att få genomgå en neuropsykiatrisk utredning är inte det lättaste. En person som vänder sig till en öppenvårdsmottagning inom landstinget i Stockholms län blir ofta ställd i en lång kö, möjligen sker undantag om läget är akut. Kunskap om och intresse för neuropsykiatriska tillstånd är inte direkt omfattande på alla håll, även om det skett förbättringar på senare år. På det privata företaget Cereb AB ser det dock annorlunda ut.

”Ja, jag kan se här att du har stått på vår väntelista sedan april 2008. Tyvärr kan vi inte erbjuda dig utredning ännu, det är fortfarande flera personer som väntat ännu längre tid och vi har dåligt med personalresurser i utredningsteamet. Men du kan ringa till Vårdgarantikansliet och fråga om du kan få utredning snabbare via dem, har du telefonnumret dit?” Ungefär så kan det

Neuropsykiatriska utredningar är fortfarande den mest omfattande arbetsuppgiften och den största kunden är Vårdgarantikansliet, men Cereb utför även en stor mängd privata utredningar.

låta när jag talar med en frustrerad patient som väntat länge på neuropsykiatrisk utredning på öppenvårdsmottagningen där jag arbetar. Det känns inte bra att inte kunna erbjuda patienter hjälp. En hel del av patienterna som väntar på utredning väljer dock att ta kontakt

med Vårdgarantikansliet, och någon vecka efter mitt telefonsamtal med patienten får jag ett fax om att han eller hon ska erbjudas utredning privat – ofta på Cereb AB. Vad är då Cereb? Mitt intresse för företaget ökar, jag kontaktar Cereb och får tid för en intervju.

Företaget Cereb AB bildades 2007. I början åtog man sig framför allt utbildnings- och handledningsuppdrag men arbetet med neuropsykiatriska utredningar eskalerade snabbt. Först utgjordes patientgruppen främst av ungdomar medan man nuförtiden arbetar mest med vuxna personer. Neuropsykiatriska utredningar är fortfarande den mest omfattande arbetsuppgiften och den största kunden är Vårdgarantikansliet, men Cereb utför även en stor mängd privata utredningar.

Hannah Jakobsson är psykolog och VD för Cereb. Under psykologutbildningen bodde hon en period i USA, och kom då i kontakt med området neuropsykiatri. Hon blev intresserad och fortsatte att arbeta inom området under sin psykologpraktik. Efter PTP-tjänstgöring inom allmänpsykiatrin ("mycket psykodynamiskt men också mycket lärorikt") arbetade Hannah i egen regi under en period, och hade då möjlighet att utvecklas vidare inom KBT-området. Hon har även arbetat en period på Autismcenter inom Habiliteringen. Som VD för Cereb står Hannah bland annat för alla operativa beslut och personalfrågor i företaget. Hon arbetar även själv med utredning och behandling i den mån tid ges. Hannah säger att hon vill påstå att personalen på Cereb är "väldigt bra på att utreda".

På Cereb arbetar förutom Hannah ytterligare tre psykologer, en psykiater och en ekonomiansvarig, och man är i färd med att anställa en sjuksköterska. Samt-

Hannah tycker att man som KBT:are har en väldigt stor fördel av kunskaper i beteendeanalys när man arbetar med utredning. I en neuropsykiatrisk utredning ingår ju problembeskrivning som kan sägas vara en variant av beteendeanalys.

liga psykologer har steg 1-utbildning i KBT och arbetar en del av sin arbetstid med behandling, för närvarande mest individuell sådan. De arbetar inte enbart med KBT vid neuropsykiatriska tillstånd, utan även med personer som har "enbart" axel 1-problematik. Man kommer inom kort att starta flera gruppbehandlingar,

till exempel planeras för en ADHD-grupp, en OCD-grupp, en BA-grupp, en sömngrupp och en fetmagrupp. Cereb kommer att hålla en workshop om gruppbehandling av OCD i maj 2009, och i januari 2010 anordnar företaget en hel veckas utbildning om psykologisk behandling av ADHD där välkända forskare inom området som Steven Safren och Kathleen Nadeau samt två forskare från Hesslingergruppen i Freiburg kommer att medverka som föreläsare. "Det är viktigt att höja psykologers kompetens inom området ADHD, då kombinationen KBT och medicinering ändå är det som visat sig ha bäst evidens – både för barn och vuxna", säger Hannah. Hon tycker också att det är viktigt att "hitta nya vinklingar inom KBT, så länge det finns evidens".

Många som genomgår neuropsykiatrisk utredning på Cereb har på egen hand kontaktat företaget och bekostar utredningen själva. En patient som önskar utredning får alltid först genomgå en telefonintervju i syfte att undersöka om utredning verkar vara befogad. Vad händer då när en person genomgått neuropsykiatrisk utredning på Cereb? "Det är viktigt att personen får kunskap om sin diagnos, och även att de som finns i personens nätverk lär sig vad diagnosen innebär för just honom eller henne. Man ska få information om de psykologiska behandlingar och andra möjligheter som finns, samt information om medicinering och om biverkningskänslighet. De flesta patienter som kommer till Cereb är väldigt motiverade och sugna på information, och det har sällan varit svårt att få patienter och anhöriga att medverka i utredning. Det är viktigt att få kunskap om sig själv och sitt funktionshinder - självkänedom och

självisikt. Mycket vikt läggs vid utlåtandeskrivning, så att patienten har något med sig", berättar Hannah. Efter genomförd utredning är det brukligt att patienten erbjuds några extra samtal som brukar vara mycket uppskattade.

En liten andel av de patienter som kommer till

Cereb önskar få en så kallad "second opinion" av en tidigare genomförd neuropsykiatrisk utredning, då de inte är nöjda med den diagnos som ställts eller inte ställts. Hannah berättar att det i dessa fall oftast varit berättigat med second opinion som har lett till att patienten fått en annan diagnos, eller åtminstone en

adekvat förklaring till och förståelse för den diagnos som tidigare ställts.

Förutom utredning och behandling arbetar man på Cereb även med privat handledning och utbildning inom området neuropsykiatri. Hannah handleder bland annat på ett par korttidsboenden och på en skola. Handledningen handlar till stor del om färdighetsträning, ”habilitering”, och samtalskontakter med inslag av KBT. Målet är att Cerebs verksamhet ska utgöras av ca 50% neuropsykiatrisk utredning och ca 50% KBT-behandling, utbildning och handledning. En person som idag söker behandling eller utredning på Cereb kan ofta erbjudas sådan inom några veckors tid.

Företaget är fortfarande relativt ensamma om att arbeta på sitt sätt. Hannah berättar om Cerebs visioner: ”Kunderna ska få ett kompetent, högkvalitativt och trevligt bemötande. Vi utgår alltid från kunderna

och de ska erbjudas evidensbaserade metoder, både i utredning och behandling. Viktigt för mig är också att Cereb ska vara en mycket trevlig arbetsplats. Vi har till exempel valt vår lokal medvetet utifrån att den inte liknar sjukhusmiljö. Man ska ha respekt för allas kunskande inom företaget och undvika revirtänkande”.

Hannah tycker att man som KBT:are har en väldigt stor fördel av kunskaper i beteendeanalys när man arbetar med utredning. I en neuropsykiatrisk utredning ingår ju problembeskrivning som kan sägas vara en variant av beteendeanalys. Att kunna se att det finns ett helt spektrum av tillstånd och konsekvenser är något som kommer naturligt för en person med kunskap i KBT. Konkret målformulering är ytterligare en viktig del i neuropsykiatriskt arbete såväl som i KBT.

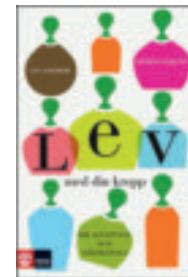
För ett friskare Sverige!

Nu är det dags att boka monter, anmäla föredragshållare, seminarier och andra aktiviteter till PsykoterapiMässan 6-8 maj 2010, City Conference Norra Latin Stockholm.



OBS!
MANUSSTOPP
för nästa nr är
10:e augusti
maila till
L_DANIELA@HOTMAIL.COM
OBS!

Bok Nytt



Text: Liv Larsson

Nyutkommen bok om kroppsmisnöje **LEV MED DIN KROPP**

Författare: Ata Ghaderi och Thomas Parling

Förlag: Natur och Kultur

Språk: Svenska

Utgivningsår: 2009

Under början av detta år har en ny självhjälsbok om kroppsmisnöje kommit ut i handeln. Boken heter "Lev med din kropp" och är skriven av Ata Ghaderi och Thomas Parling. Den riktar sig till alla människor som på endera vis är missnöjda med något i sitt utseende, vare sig det handlar om vikt, kroppsform eller något annat. Utifrån författarnas erfarenheter från psykoterapi och den forskning de själva bedrivit, har de funnit att det är vanligt förekommande att många människor har negativa kroppsuppfattningar om sig själva, utan att det för den sakens skull måste röra sig om en allvarigare psykiatrisk problematik. Snarare förefaller många människor vara missnöjda med sina kroppar i allmänhet och det är också till "missnöjessvensson" boken vänder sig. Som med många självhjälsböcker rekommenderar författarna människor med ätstörningar i form av anorexi, bulimi eller hetsätning att söka ytterligare hjälp då denna bok är otillräcklig för dessa tillstånd.

Boken är indelad i olika avsnitt där man som läsare erbjuds möjlighet att välja på vilket vis man vill angripa

kroppsmisnöjet på. Antingen kan man läsa boken från pärm till pärm och får då följa med den första delen som inbegriper Kroppsuppfattning och självkänsla. Den handlar om hur man ser på sig själv, sin kropp och de ideal som råder i samhället. Boken tar upp attityder, hur negativ kroppsuppfattning uppstår, varför det är så svårt att tycka om sin kropp och hur sambandet mellan kroppsuppfattning och hur vi tänker ser ut. Den andra delen av boken, Lär känna, acceptera och använd din kropp, är ett strukturerat självhjälsprogram som läsaren kan starta med direkt om den inledande informationsdelen i boken inte lockar så mycket. Självhjälsprogrammet inleds med några frågeformulär som

hjälp till vid identifieringen av synen på sig själv och den egna kroppen. Genom sju steg får läsaren sedan prova att lära känna sin kropp på ett nytt sätt, med hjälp av upplevelser istället för negativa tankar.

Författarna har haft som ambition att skriva en bok som bidrar till ett bättre

mående på ett djupare plan än de många böcker där lösningen på ett kroppsmisnöje är positiva tankar och glada, självstärkande utrop. Detta märks genom bokens rika omfattning och förmåga att kombinera förändring med övningar i att leva i nuet. Dessa mindfulnessövningar finns dessutom som nedladdningsbara filer på förlagets hemsida och ger ökad möjlighet till inläring. På samma hemsida finns också de arbetsblad som presenteras i boken för nedladdning, vilket är en tillgång.

Denna bok torde fylla ett tomrum på marknaden och förtjänar att uppmärksammas.

”Författarna har haft som ambition att skriva en bok som bidrar till ett bättre mående på ett djupare plan än de många böcker där lösningen på ett kroppsmisnöje är positiva tankar och glada, självstärkande utrop”

FRÅGA LISTAN!

Text. Johan Westöö

Denna gång efterlyste vi upplevelser från årsmötet i Uppsala. Resultatet blev magert, ett svar! Jag tycker ändå att det är kul att läsa insändarens tankar. Ja, titta själva och begrunda:

Frågan är:

Årsmötet har precis varit i Uppsala med många spännande föreläsningar och möjligheter för KBT kollegor att träffas och utbyta erfarenheter och umgås. Tyvärr hade inte alla möjlighet att närvara. Därför vore det kul om ni på listan vill dela med er av era upplevelser från årsmötet!

Vad tog du med dig från årets möte?

Vad var extra kul?

Vad lärde du dig?

Dela med dig av intryck som du tror kan vara inspirerande att läsa om i Beteendeterapeuten!

Så här löd svaret från Marina Järvinen:

.....
Vad tog du med dig från årets möte?

En varm känsla av sammanhang och tillhörighet i stort.

Tips till kommande anordnare: följ detta års exempel och ha en trång festlokal - det får upp stämningen direkt. Dessutom mycket bra med bordsplacering för att lära känna nytt folk!

Niklas Alméns föreläsning om stress var extra givande, högt instruktionsvärde för en kliniker och ett föredöme för hur man kan hålla ett föredrag för dito. Han hade ett konsekvent beteendeperspektiv. Bra att rikta uppmärksamheten på ens egna beteenden dessutom.

Vad var extra kul?

Sketchen om beteendeterapeuten med Martin Cernvall som vetenskapsman var mycket charmig.

Vad lärde du dig?

Fokusera på ökade återhämtningsbeteenden istället för minskade stressbeteenden (både för mig själv och klienter).

Marina Järvinen

Tack Marina för ditt bidrag!

PsykologEM AB i samarbete med



BETEENDETERAPEUTISKA FÖRENINGEN

inbjuder till

DBT-utbildning

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

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

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

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

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

5 dagar

23 – 27 november 2009

3 dagar

maj 2010

2 dagar

september 2010

Under mellantiden har kursdeltagarna arbetsuppgifter att arbeta med för att få bästa möjliga hjälp vid de uppföljande kurstillfällena.

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

Då DBT är en utpräglad team-behandling rekommenderas att man utbildar minst två personer, helst fler, om det inte bara gäller att komplettera befintliga team. Då DBT är, i sin grund, en beteendeterapeutisk behandling är det en stor fördel om åtminstone någon i teamet har Steg 1 eller Steg 2 i KBT. Om man inte har det så är det viktigt att man har en plan för hur den kompetensen ska tillgodoses. Man kan med fördel ha gått (dock inget krav) någon av de grundläggande DBT-utbildningar som arrangeras och som har som huvudfokus att lära ut de färdigheter som man i DBT lär ut till patienter.

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

Lärare kommer att vara:

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

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

Anita Linnér, leg psykoterapeut från Lund, med mångårig DBT-erfarenhet. Anita har också undervisat på många grundutbildningar i DBT.

Första veckan kommer att hållas av Elizabeth Malmquist och Anita Linnér.

Kursspråket kommer att vara svenska denna första, mer teoretiska, vecka och engelska och svenska på de mer praktiska uppföljningsdagarna. Under de tre dagarna i maj kommer man att kunna välja vilket språk man vill ha sin konsultation på, men mycket av undervisningen kommer att ske på engelska.

Kurslitteratur kommer att vara:

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

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

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

plus artiklar och annat material som lämnas ut vid kursstarten.

Kursort kommer att vara Värnamo. Mer information kommer lite närmare kursstart.

Kursavgiften är 18 500 kr per person + moms. I kursavgiften **ingår** kaffe fm + em, lunch, en festmiddag och några gemensamma aktiviteter under kursveckorna.

För mer information kontakta:

Elizabeth Malmquist
Toftnäs, Lilla Sjötorp
330 12 Forsheda

tel: 0370- 464 89 (gärna kvällstid)
elizabeth@psykologem.se
www.psykologem.se

Anmälan till 10 dagars DBT-utbildning i Värnamo november 2009. Skickas till adressen ovan. Sista anmälningsdag 2009-09-30 (OBS! Begränsat antal platser. Först till kvarn.....)

Namn: Yrkestitel:

Adress:

Telefon arbete: Hem:

e-mail:

Fakturaadress:

BTF

Beteende Terapeutiska Föreningen

**WOULD YOU LIKE
TO KNOW MORE?**

www.kbt.nu