

Beteende terapeuter

Allt från

Debatt:
Evidens efterlyses på
psykologprogrammen

Min syn på:
Erik Hedman
om hälsoångest
och KBT

Negativa effekter av psykologisk behandling – vilka är de?

Boknytt – Tänk om jag är sjuk?

ABCT – Linda Jüris rapporterar från kongressen i New York

Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare

Nenad Paunovic, vetenskaplig redaktör

Johan Westöö

Michaela Thomas

Styrelsen

Linda Jüris, ordförande

linda.juris@kbt-centrum.se

Henrik Engelman, medlemssekreterare

hj.medlemssekreterare@gmail.com

Diana Fabian, kassör

diana.fabian@kbtvast.se

Övriga ledamöter

Alexander Rozental

alexander.rozental@psychology.su.se

Monica Buhrman

Monica.Buhrman@psyk.uu.se

Erik Hjalmarsson

erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se

Lena Fagerström

lenfa593@gmail.com

Li Wolf

li.wolf@neurokbtbg.se

Lise Bergman Nordgren

lise.bergman.nordgren@liu.se

Sarah Vigerland

svigerland@gmail.com

Sara Elfstrand

saraelfstrand@hotmail.com

Daniel Björkander

daniel.bjorkander@hotmail.com

Amira Hentati (studeranderepresentant)

amira.e.hentati@gmail.com

Redaktionellt

Vi befinner oss i den period på året som brukar kallas för oxveckorna, som (citat från Wikipedia följer) ”enligt nyare muntlig tradition är perioden efter trettonhelgen fram till och med fettisdagen. Dessa veckor upplevs oftast som tröga och tunga, därav ox- i förleden. För många utgörs periodens slut av sportlovet och en därefter tydlig ljusare period, företrädesvis om morgnarna”. Yes, looking forward to that....

Som väl är finns det ljusglimtar i tillvaron även i februari, och jag vågar påstå att en av dessa är årets första nummer av Beteendeterapeuten. Här ingår en rapport från den amerikanska ABCT-kongressen, som besöktes av BTF:s ordförande Linda Jüris. Redaktionen har intervjuat Katarina Molin, PR-ansvarig för årsmötesgruppen, och fått inblick i förberedelserna inför kongressen som äger rum i Uppsala i mars. Vi har också tagit pulsen på Erik Hedman som är huvudförfattare till en nyutkommen självhjälpsbok om hälsoångest och KBT, och BT:s vetenskaplige redaktör Nenad Paunovic presenterar den första delen av sin teoretiska modell för trauma och PTSD.

Ett intressant och mindre utforskat område är negativa effekter av psykologisk behandling – finns sådana, vilka är det i så fall och hur kan de mätas? Missa inte artikeln skriven av Alexander Rozental och medförfattare som ingår i detta nummer. På återseende i maj!

Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

ABCT-kongress i New York.....	4
Katarina Molin, PR-ansvarig i årsmötesgruppen.....	5
Min syn på: Erik Hedman om hälsoångest och KBT.....	6
Boktips: Tänk om jag är sjuk.....	8
Den terapeutiska relationen: anteckning 16.....	10
Debatt.....	12
Negativa effekter av psykologisk behandling.....	14
Kognitiv-behavioristisk inhiberings-bearbetningsteori vid trauma och PTSD.....	19
Styrelsesidor.....	26

Manusstopp för nästa nummer: 10 april 2017

Bidrag skickas till: marvette@hotmail.com

Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Alexander Rozental

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare:

Min tolfte och sista BT-ledare

Tack kära medlemmar för de här tre åren när jag har fått vara ordförande i världens bästa förening (det är vetenskapligt bevisat, jag lovar)!

De här åren har varit så lärorika och så givande för mig, naturligtvis på det professionella planet men faktiskt ännu mer på det privata. Jag har träffat så många fantastiska människor tack vare BTF, både i Sverige och internationellt, och hoppas behålla många av dessa relationer.

De styrelsemedlemmar jag arbetat med under åren förtjänar verkligen väldigt mycket mer positiv förstärkning än vad de får. Tänk att så många kloka, kompetenta människor vill använda sin tid på ideell basis för föreningens syften, tack så hjärtligt för det!

Det jag mest kommer att minnas från mina tre år är (förutom alla duktiga och fina människor) är uppstartandet av studerandenätverket med alla engagerade studenter och hur våra medlemmar ställt upp med tid och kunskap för deras skull. Lanserandet av den nya hemsidan och uppdateringen av logotypen är såklart också stora saker. Och naturligtvis äran i att få vara föreningens ordförande under EABCT-kongressen i Stockholm!

Närmaste åren väntar spännande saker för föreningen, särskilt med tanke på att det ekonomiska överskottet är väldigt stort, då EABCT16 gick plus. Utöver den rejäla buffert vi hade ifall vi skulle ha gått med förlust, har vi alltså fått en slant från EABCT16. Sammanfattningsvis dras vi nu verkligen med en massa pengar och detta behöver regleras på något innovativt sätt.

För min egen del ser jag fram emot att starta ett samarbete med en annan ideell förening, där jag hoppas kunna bidra med klinisk KBT-kompetens. Så, tack för mig och ett stort lycka till, nästa BTF-ordförande och styrelse!!!

Höjdpunkt:

2,13

Impact factor, CBT

Jag har träffat så många fantastiska människor tack vare BTF, både i Sverige och internationellt.



Linda Jüris
Ordförande i BTF

ABCT-kongressen i New York, oktober 2016

Amerikanska Association for Behavioral and Cognitive therapies (ABCT) höll sin femtionde årliga konvention i slutet av oktober på det enorma kongresscentret Marriot Marquis, mitt på Times Square i New York. Årets tema var "Honoring the past, envisioning the future", inte helt olikt EABCT16s tema.

Text och foto: Linda Jüris

Jag lyckades tyvärr främst välja "honoring the past"-programpunkterna vilket såhär i efterhand känns lite tråkigt, det hade varit roligt med lite mer av högre nyhetsvärde. Jag lyssnade dock med behållning till flera av de så kallade jubileumsföreläsningarna, vilka samlade de mest framstående forskarna/klinikerna inom olika områden.

En paneldebatt jag närvarade vid rörde OCD-behandling under de senaste 50 åren. Panelens deltagare var bland andra Paul Salkovskis, Edna Foa, Eric Storch, Sabine Wilhelm och Jon Abramowitz, vilket såklart är en fantastisk konstellation kliniker/forskare. Panelen diskuterade de viktigaste händelserna inom OCD-forskning och behandling under åren, de flesta resonemangen hade dock diskuterats flitigt i litteraturen och på kongresser tidigare.

Exempelvis att patienter i allmänhet främst får farmakologisk behandling och inte ERP som behandling för OCD i de flesta länder. Undantaget är Storbritannien, där läget för psykologisk behandling är betydligt bättre. En annan omfattande diskussion i OCD-panelen rörde att när en psykisk störning anses vara en störning i hjärnan är det sannolikt att den upplevs som mer stigmatiserande, vilket kan få många negativa konsekvenser som tex att patienter inte söker hjälp. Panelen diskuterade vidare om att fokus

borde ligga på behandling och att ge prevention, arbeta mot tidig upptäckt och att ge tidiga insatser istället för alla genetiska studier. Inget nytt under solen, och vår egen nästa årskongress kommer handla om precis det.

En i mitt tyckte nytänkande workshop var Shannon Blakeys och Jon Abramowitz halvdag om interoceptiv exponering i OCD. Blakey & Abramowitz redogjorde för hur en del patienter med OCD också har en extrem känslighet för fysiologiska symtom (anxiety

sensitivity, AS). När dessa båda svårigheter sammanfaller, menar föreläsarna att det kan uppstå komplikationer vid KBT-behandling. Det innebär sannolikt en dubbel exponering, när ERP utförs exponeras patienten både för det den är rädd för i sin OCD, men också

för sina fysiologiska symtom. För patienter med förhöjd AS blir detta komplicerat och en möjlig anledning till ofölsamhet och avhopp. Exempel på ovanstående är patienter som har tvångstemat oacceptabla sexuella tankar och som vid ångestreaktion sammanblandar vanliga ångestsymtom med symtom på sexuell upphetsning. Eller personer med tema rädsla att utveckla psykisk sjukdom som i ångestreaktionen sammanblandar ångestsymtomen med förvirring eller liknande som skulle kunna vara bevis på psykosdebut.



BTF:are på Times Square



Bästa souveniren

Vid arbete med OCD med samtidig förhöjd AS bör psykoedukationen vara mer omfattande och innehålla mer fokus på ångestskola, fight/flight. Dr Abramowitz puffar för begreppet "noisy bodies", dvs att det alltid är en massa grejor på gång i kroppen, i psykoedukativt syfte (förhoppningsvis inte kortsiktigt ångestreducerande, katastrofierar jag...). På OCD-centret i Uppsala har vi försökt hitta en bra svensk översättning, men diskussionen urartade tyvärr så om någon har en bra idé, meddela mig gärna! I OCD/AS-behandlingen bör även finnas övningar som är riktade mot både AS och OCD, som vanlig exponering för fysiologiska symtom. Denna exponering kan vara att andas genom ett smalt sugrör i 30 sekunder, att hyperventilera i en minut, svälja snabbt 10 gånger i rad eller att hålla andan i en minut, och sedan exponera för sensationerna.

Nästa ABCT-kongress äger rum 16:e till 19:e november 2017 i San Diego.

Katarina Molin, PR-ansvarig i årsmötesgruppen: "Prevention är ett område som känns nytt och spännande"

Inför BTF-kongressen har Beteendeterapeuten sett till att få en pratstund med Katarina Molin, PR-ansvarig i årsmötesgruppen.

Text: Anna Eriksson
Foto: Privat



Delar av årsmötesgruppen

Hej Katarina - berätta lite om årets kongressstema!

Årsmötet går i år av stapeln 16-18 mars i Uppsala (lokal: Missionskyrkan i centrala stan). Årets tema är "Steget före - prevention av psykisk ohälsa". Vi ville välja ett tema som vi själva var intresserade av, där vi kände att vi själva har mycket att lära. Prevention är ett område som kändes nytt och spännande och där vi tror att KBT har mycket att tillföra. Vi hoppas att andra också ska tycka att det låter intressant. Det är ett brett tema som innefattar bl a folkhälsa, suicidprevention, prevention av ätstörningar, prevention av fördomar, föräldrastöd som prevention och prevention av problembeteenden i skolan. Vår förhoppning är att det ska gå att hitta något som intresserar de flesta.

Några särskilda programpunkter som arrangörsgruppen är extra nöjda med? Något man inte får missa?

Först och främst vill jag slå ett slag för våra långväga gäster Amy Wenzel, Anthony Biglan och Dennis Embry. Amy Wenzel ska hålla en workshop om både suicidprevention och en om affektiva syndrom och ångestsyndrom som kan uppkomma före, under och efter graviditet/förlossning. Biglan och Embry ska föreläsa om hur beteendeanalys kan förbättra världen. Embry medverkar också vid en föreläsning om "Good behavior game" tillsammans med Magnus Johansson, Martin



Katarina Molin

Karlberg och Emma Gertzell. Susanna Jernelöv kommer att ha en workshop om KBT vid mardrömmar under lördagen och vi ser även fram emot Eva Magnussons keynote "Vad beteendeterapeuter behöver veta om genuspsykologi". Dessutom kommer vi att ha ett forskningsspår där doktorander och andra forskare kommer att presentera spännande ny forskning. Vi vill också passa på att tipsa om årets "Öppet spår", dit allmänheten kan komma och lyssna på gratis föreläsningar om KBT. Det äger rum under fredagen i Missionskyrkans gymnastikhall. Föreläser där gör Alexander Rozental, Anna Käver, Ata Ghaderi och Jenny Rickardsson.

Vad kan kongressdeltagarna se fram emot på kongressmiddagen?

När kongressen är förlagd till Uppsala känns det givet att kongressfesten ska hållas på en av våra studentnationer. Denna gång äger den rum på Smålands nation, fredag 17 mars kl 18:30 (eller 18:00 som det heter på Uppsalaspråk). Vi

tyckte att EABCT-gänget hade en bra idé när de satte vegetariskt alternativ som standardalternativ för kosten, så det konceptet har vi kopierat. Förutom trevligt sällskap i en anrik miljö kan gästerna se fram emot livemusik med KBT-koppling. För den som inte vill gå på middag utan bara komma och dansa på eftersläppet går det bra att köpa förköpsbiljett via vår anmälnings-sida. Observera att det endast är förköp som gäller, det går inte att köpa biljett på plats.

Något mer du vill tillägga?

Något som vi är extra glada över är att samtliga workshops kommer att ingå i kongressavgiften, det tillkommer alltså ingen extra kostnad för dem. För frågor kring kongressen, kontakta anmalan. bt2017@gmail.com. Följ gärna vårt Facebook-event "BTFs årsmöteskongress i Uppsala 2017" för uppdateringar om kongressen.

Årsmötesgruppen 2017 består förutom av Katarina Molin av Henrik Engelmark, Lisa Nordin, Timo Hursti, Amira Hentati, Magnus Johansson, Thea Johansson, Karin Kiblander, Daniel Wallsten, Lisa Nordenstam, Agnes Zetterberg, Anna Sewall, Astrid Skoglund, Sven Alfnsson, Malin Ander, Sandra Waara, Monica Buberman och BTFs ordförande Linda Jüris.

Erik Hedman om hälsoångest och KBT

I detta nummer har Beteendeterapeutens Johan Vestöö intervjuat Erik Hedman kring vad han anser viktigt om hälsoångest och KBT.

Text: Johan Vestöö

Foto: Annika Sonnenstein

Vilken är din bakgrund och hur har du kommit att arbeta med hälsoångest och KBT?

Jag är leg. psykolog, leg. psykoterapeut och docent i klinisk psykologi vid Karolinska Institutet. Mitt intresse för hälsoångest väcktes för cirka 10 år sedan då jag arbetade på Ångestmottagningen, Psykiatri Sydväst vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Det som slog mig var det stora lidande som hälsoångesten medförde, hur svårt det kunde vara för den somatiska sjukvården att bidra till minskade snarare än förvärrade problem och att kunskap om hälsoångest både hos psykologer och annan vårdpersonal ofta var begränsad.

Hur skulle du placera in hälsoångest på "diagnoskartan"? Skillnader och likheter med andra ångesttillstånd? Eventuella nyheter jämfört mot DSM-IV eller synpunkter kring hälsoångest i nya DSM-5?

Hälsoångest är ju inte en diagnos utan bör förstås som ett dimensionellt fenomen, dvs något som en person har mer eller mindre av. En viss grad av hälsoångest är hälsosamt eftersom det kan skydda individen från faror och leda till adekvat vårdssökande när det är påkallat. Svår hälsoångest brukar i litteraturen ofta definieras som hypokondri enligt DSM-IV, vilket innebär en kraftigt förhöjd hälsoångest som är kronisk och inte minskar långsiktigt även om personen blir friskförklarad av sjukvården. Denna typ av hälsoångest har tydliga drag av såväl paniksyndrom som tvångssyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Fokuset på kroppsliga signaler har den gemensamt med paniksyndrom, medan

likheter med tvångssyndrom är repetitiva kontrollbeteenden (som t ex att undersöka kroppen). Drag som delas med generaliserat ångestsyndrom är framför allt framtidsinriktad oro som är svår att kontrollera. I DSM-5 har man gjort flera stora förändringar: hypokondri finns inte längre utan har ersatts med diagnoserna kroppssyndrom och sjukdomsångest. Den huvudsakliga skillnaden mellan dessa nya diagnoser är att kroppssyndrom är avsedd för personer som upplever besvär som kan hänföras till tydliga kroppsliga symptom, medan sjukdomsångest är avsedd för dem som oroar sig mycket för att bli sjuk, men som inte upplever starka kroppsliga symptom. Enligt DSM-5 så räknar man med att ca 75% av dem som tidigare diagnosticerades med hypokondri kommer att erhålla diagnosen kroppssyndrom medan 25% bäst kommer passa in på diagnosen sjukdomsångest. Vårt att notera är att kroppssyndrom har väldigt breda diagnoskriterier och även personer som har exempelvis smärtproblematik kommer stämma in på den diagnosen. Så kroppssyndrom är inte enbart en "hälsoångest-diagnos".

Vad bör varje KBT:are veta om KBT och hälsoångest?

Att hälsoångest går att behandla väldigt effektivt med KBT. Träffar man en patient med hälsoångest bör man i princip ha samma ambitioner att uppnå förbättring som vid paniksyndrom. Detta gäller såklart för patienter som har en viss grad av självinsikt och som är motiverade att arbeta med sin hälsoångest inom ramen för en strukturerad psykologisk behandling.

Vad vet man om effekten av olika format av KBT och hälsoångest (grupp, individuell, självhjälp)?

I en nyligen genomförd metaanalys där man inkluderade 13 randomiserade kontrollerade prövningar med totalt 1081 deltagare fann man att KBT ger starka effekter (Olatunji et al., 2014). KBT har även visat sig fungera väl som gruppbehandling och vi har i tre randomiserade kontrollerade studier visat att 12 veckors exponeringsbaserad KBT via Internet kan ge starka effekter (Hedman et al., 2011; Hedman, Axelsson, Andersson, Lekander, & Ljotsson, 2016; Hedman et al., 2014). Cirka två tredjedelar av patienterna i denna sistnämnda behandling blir så pass förbättrade att de inte längre har diagnosen efter genomgången terapi. I den senaste prövningen, som vi tror är den första att testa KBT vid kroppssyndrom och sjukdomsångest, fann vi att den studiebetingelse som enbart innehöll biblioterapi, dvs en självhjälpbok utan behandlarstöd, också uppnådde stora minskningar i hälsoångest jämfört med kontrollgruppen (Hedman et al., 2016). KBT kan således fungera väl i flera olika administrationsformat.

Har du några tankar om hälsoångest och vårdresurser?

Eftersom vårdssökande för många drabbade är ett beteende som vidmakthåller hälsoångestproblematiken så är användande av vårdresurser något som alltid bör ingå i den initiala kartläggningen, och det är viktigt med en noggrann individuell beteendeanalys. Många tror att KBT innebär att man helt måste sluta söka vård, men så är det såklart

inte utan det viktiga är att förändra hur man söker vård så att det inte långsiktigt vidmakthåller hälsoångesten. På sjukvårdsorganisatorisk nivå så tror jag att en av de klokaste insatserna för att minska vårdkonsumtion som drivs av hälsoångest är att öka tillgängligheten till KBT-kompetenta psykologer på vårdcentraler. Gustavsbergs vårdcentral i Stockholm är ett gott exempel på hur psykologer och läkare kan arbeta tillsammans för att möjliggöra att rätt vårdinsatser sätts in tidigt.



Erik Hedman

En viss grad av hälsoångest är hälsosamt eftersom det kan skydda individen från faror och leda till adekvat vårdssökande när det är påkallat.

Bokrecension av Eriks med fleras nya bok på nästa sida!

Referenser

- Abramowitz, J. S., Braddock, A. E. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychological approach*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Furer, P., Walker, J.R. (2005). Treatment of hypochondriasis with exposure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 35: 251-67.
- Hedman, E., Andersson, G., Andersson, E., Ljotsson, B., Ruck, C., Asmundson, G. J., & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 230-236. doi: 10.1192/bjp.bp.110.086843
- Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljotsson, B. (2016). Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 407-413. doi: 10.1192/bjp.bp.116.181396
- Hedman, E., Axelsson, E., Gorling, A., Ritzman, C., Ronnheden, M., El Alaoui, S., . . . Ljotsson, B. (2014). Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 307-314. doi: 10.1192/bjp.bp.113.140913
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 65-74. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.002

Tänk om jag är sjuk!

av Erik Hedman, Johanna Linde, Peter Leiler, Erik Andersson, Erland Axelsson och Brjann Ljotsson

Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 9789127817944
Utgivningsår: 2016
Omfattning: 240 sidor

Nu har det kommit en självhjälsbok om hälsoångest (hypokondri) på svenska som bygger på en självhjälsmanual som testats av en forskargrupp (bokens författare) på Karolinska institutet. Behandlingen består av tolv avsnitt och tanken är att man ska genomföra ett avsnitt i veckan. Varje avsnitt består av en text om veckans tema, några hemuppgifter och avslutande frågor. Man arbetar med avsnittets innehåll i början av veckan och sedan med hemuppgifterna. Författarna poängterar att det är viktigt att man arbetar med hemuppgifterna, helst varje dag för att behandlingen ska bli effektiv.

Boken har fem olika teman som löper över ett eller flera kapitel. Tema 1 handlar om behandlingen och innehåller en modell för hälsoångest. I tema 2 introduceras beteendebok där man registrerar hur hälsoängesten påverkar i vardagen. Tema 3 handlar om medveten närvaro som ett alternativt beteende där man skiftar från *bevakande* uppmärksamhet till *betraktande* uppmärksamhet. Tema 4 utgörs av exponering med responsprevention som är en av kärnprinciperna i behandlingen. Man exponerar sig för de situationer som man tidigare undvikit på grund av hälsoångest och ska avstå från säkerhetsbeteenden som lindrar oron på kort sikt. Tema 5 handlar om hur man hanterar bakslag och att hitta en riktning framåt. Man utformar en plan för fortsättningen d v s hur man ska jobba vidare efter behandlingstiden. Man får också arbeta med att få en bra förståelse för sina reaktionsmönster så att man kan hantera framtida perioder av oro på ett bättre sätt. I boken finns olika arbetsblad som hör till kapitlens övningar. I den inledande delen illustreras hälsoångest med några fallbeskrivningar som ger mer liv åt beskrivningen av hur hälsoångest tar sig uttryck och hur det är att leva med problematiken.

Det är en enkel, lättläst och pedagogisk bok som utöver funktionen självhjälsbok kan fungera som ett bra och tydligt stöd för terapeuter (yrkesverksamma och studerande) som arbetar med denna patientgrupp. Upplägget i behandlingen bygger huvudsakligen på exponering med responsprevention och medveten närvaro. Författarna tar upp typiska orostankar kring sjukdom och hälsa men det finns inga övningar som går ut på att modifiera innehållet i orostankar utan fokus ligger på att exponera för ångestväckande tankar och att även skriva en sjukdomsberättelse som en exponering för det mest fruktade katastrofscenariot.



Det är en enkel, lättläst och pedagogisk bok som utöver funktionen självhjälsbok kan fungera som ett bra och tydligt stöd för terapeuter som arbetar med denna patientgrupp.

Det renodlade formatet självhjälsmanual gör att det inte är någon omfattande text om teori, prevalens, komorbiditet och annat som kan intressera en kliniker. Det finns inte heller några hänvisningar till referenser för den som vill veta mer om forskningsunderlaget. Detta är samtidigt styrkan med den här boken. Den har en enkel och tydlig och beskrivning av vad som behöver vara med om man vill arbeta med hälsoångest utifrån ett gediget KBT-upplägg (med slagsida mot beteendeterapi och med inslag av medveten närvaro).

Johan Vestöö

Nu är det hög tid att nominera till BTF:s priser för året!

Har du stött på någon utmärkt examensuppsats eller doktorsavhandling? Tycker du att någon bör uppmärksammas för sina pedagogiska, kliniska eller informationsspridande insatser? Sitt inte och grubbla och äta kring det längre. Nominera!

Mer info på hemsidan: <http://www.kbt.nu/priser/nominera.asp?sida=nominera>

BTF:s priser delas ut i sex kategorier:

1. Pedagogiska insatser i vid bemärkelse
2. Informationsspridning/marknadsföring om beteendeterapi (KBT)
3. Kliniska insatser i vid bemärkelse
4. Livsgärning för BTF/KBT
5. Uppsats för psykologexamen, C- eller D-nivå om beteendeterapi (KBT) i vid bemärkelse
6. Doktorsavhandling om beteendeterapi (KBT) i vid bemärkelse

Priserna är stipendium för utbildning, föreläsning, kongress eller dylikt. För pris 1-4 kan insatsen ha gjorts under en längre tidsperiod. För pris 5 och 6 gäller att arbetet ska ha färdigställts under det gångna året (arbetet ska vid anmodan kunna kompletteras ansökan).

Skriftlig nominering med beskrivning av insatsen och motivering (högst 2000 tecken/1 A4) ska vara styrelsen tillhanda senast den sista februari. Både den nominerade och den som nominerar måste vara medlemmar i BTF. Motiveringen bör vara utförlig nog för att insatsen ska kunna värderas av en extern granskare.

Grattis:
Alexander Rozental!

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

Silversponsor till årskongressen 2017:

PSYKOLOG
BOLAGET



OBS!

Manusstopp för nästa nummer av Beteendeterapeuten är **10 april 2017**. Maila ditt alster till Anna Eriksson: marvelette@hotmail.com

Tre saker **62** patienter inte tycker om hos sin terapeut

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Illustration: Michal Zachharzewski (freeimages.com)

Tidigare har jag presenterat en enkät som har haft tre delar: 1) Om jag blir patient behöver jag en terapeut som ... 2) Egenskaper hos min (eventuella) terapeut samt 3) Vilka tre saker skulle du ogilla hos din terapeut. Här nedan visas okommenterat vad 62 patienter har svarat på punkt 3 här ovan. Det kan inbjuda till reflektion.

Vilka tre saker skulle du ogilla hos din terapeut?

1. spydighet, ointresse, misstro
2. om terapeuten var dömande, osäker, oengagerad (kommentar: "det är självklara saker")
3. om han eller hon inte kan kommunicera, oempatisk, oärlig
4. avsaknad av humor, visar ointresse eller nonchalans, dold agenda i stor utsträckning, inte delar med sig av tankar kring min problematik och vad behandlingsinsatserna syftar till
5. att jag fick veta för mycket om denne som person, att vi fick en personlig relation, en oprofessionell attityd, känslomässigt medlidande i stället för adekvat hjälp och terapi (se!)
6. om den sätter mig i någon form av fack utefter tidigare upplevelser, fördomar etc, om den ställer sig frågande/ej accepterande till min uppfattning om hur stora mina problem är för mig
7. trötthet, tittar på klockan, ointresserad, hummar med och ger inga verktyg
8. inte lyssnade ordentligt, var för hård mot mig, inte gjorde framsteg
9. manipulativ d v s inte "känna" in mig som patient, köra över mig, ironisk, skratta åt mig –och skapa otrygghet hos mig, att terapeuten blir privat, "kompis" med mig
10. ointresserad, oförstående, manipulativ
11. oengagerad, ointresserad, oärlig
12. okunnig/ej kompetent för området man söker för, ointresserad, oförstående
13. dömande, nedvärderande, illaluktande (ohygienisk)
14. trångsynt, osympatisk, elak
15. ointresse, att jag tillskrivs egenskaper/annat som jag inte känner igen mig i, "uppifrån och ned" behandling, d v s jag vill inte bli klappad i huvudet
16. att hon/han är ej sig själv, oengagerad
17. om terapeuten framstår som oengagerad, slarvig etc, om terapeuten inte anpassar sitt sätt att kommunicera till mig som patient, om han/hon upprepade gånger under tillfällena tittar på klockan
18. ointresse, pretentiös, dryg
19. oärlighet, att ej ha rak och öppen kommunikation, ostrukturerad
20. respektlös, för föränderlig i sitt sätt att bemöta mig, inga överraskningar; uppenbart okunnig
21. okunnig, macho, ej lyhörd
22. översitteri, brist på positivitet, förmedlar känslan att han/hon har många patienter och lite tid för en (självupplevt)
23. respektlös/kränkande, ointresserad, okunnig
24. antaganden, dömande, dåligt tålamod
25. ignorant, oengagerad, misstro
26. oengagerad, lyssnar inte, dåligt minne d v s minns inte vad vi diskuterat om
27. att inte bli tagen på allvar, att bli flirtad med, att inte veta något om våld i nära relationer
28. att jag blir avbruten när jag pratar, om han/hon bagatelliserar mina problem, om personen är "sliskig"/"slemmig", t ex kollar på min kropp, säger något om mitt utseende eller försöker ragga
29. mesighet, rädsla, forcerad – inlärt empatiskt tonläge, smetigt tilltal, tröghet, långsamhet, trögtänkt, infoga patienten i "färdiga mallar"
30. att hon/han marginaliserar mina erfarenheter, att hon/han glömmar vad jag sagt, att hon/han utnyttjar sitt "överläge" som terapeut/"frisk"(?)
31. ignorans i min behandling t ex glömma meddela mig om tider eller att skicka iväg andra papper, att terapeuten är godtrogen och lätt manipulerad
32. ointresse, okunnig, otrevlig
33. oförstående, fördömande, om den inte lyssnar
34. om personen är kylig, föraktfull, ointresserad
35. oförstående; för övertygad om att han/hon har rätt och ej kan se ur andra perspektiv, ömkande
36. oengagerad, otrevlig, okunnig
37. kort i tonen, oartig, inte ta mig på allvar; inte har något större intresse i det jag säger, inte försöker analysera och ge mig "verktyg"
38. ifrågasättande på ett nedvärderande sätt, förminskar saker som är viktiga för mig
39. snällhet och förståelse som inte leder någonstans; jag vet att jag har stora behov av bekräftelse och att bli omtyckt och

- skulle ogilla om terapeuten inte hanterar det på ett bra sätt. Jag vill bli hjälpt att hantera konflikter, om jag skulle uppleva att terapeuten är disträ och inte närvarande
40. moraliserande, konservativ, ifrågasättande av mina värderingar
41. daltande, tycka-synd-om-mentalitet, flirtande, tydligt motsatta värderingar och försöka pracka på mig sina
42. trögtänkt, oförstående, oempatisk
43. dömande, icke engagerad, ointresserad
44. spydighet, ironi, inga näsdukar
45. arrogant, otydlig, velig
46. om hen visar ointresse/är oengagerad, om hen inte lyssnar, om hen pratar omkull mig
47. oförstående, får mig att känna misslyckande, ointresserad
48. prestigefylld, ointresserad, kall
49. säger hur jag mår det vet bara jag, avbryter, stress/tidspress
50. ignorans, inkompetens
51. ointresserad/oengagerad, oprofessionell, dålig yrkeskunskap
52. oengagerad, att han/hon inte är aktiv i sin roll som terapeut, osäker
53. om hen verkade helt ointresserad, inte förstod alls vad jag pratade om, arrogans
54. att ge råd eller dra slutsatser utan att ta reda på fakta, inte hålla vad man lovat, dra felaktiga slutsatser
55. ej lyhörd, ointresserad, okunnig
56. arrogant
57. otrevlig, oengagerad, oärlig
58. missförstår vem jag är som person, för mycket stödjande och lyssnande, inte ger mothugg, inte lär mig verktyg och nya insikter, respekterar inte mig som person
59. dogmer - "så här har vi alltid gjort", föräldrad kunskap och verktyg, "finns bara ett sätt"
60. ej intresserad, ej förstående, dömande
61. oförstående, drar egna slutsatser för fort, pratar för mycket om sig själv
62. ointresse, oärlighet, förbise det som är besvärligt men viktigt.



Evidens efterlyses på psykologprogrammen

Text: Ragnar Bern & Loke Blomgren

Foto: Andrea Marunga, privat

Det råder knappast någon tvekan om att det existerar effektiv och evidensbaserad psykologisk behandling för många olika psykologiska problem [1, 2, 3]. Dock återstår en framgångsrik spridning av dessa behandlingar [4, 5, 6, 7]. Att evidensbaserad psykologisk behandling inte kommer patienter till godo är tydligt i länder som England och USA [4, 5, 6, 7]. Statistik för Sverige saknas [8]. Men i en utvärdering från 2013 betonar Socialstyrelsen vikten av att öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling och uttrycker att tillgången till kunskapsbaserad vård i Sverige lämnar mer att önska [8].



Ragnar Bern

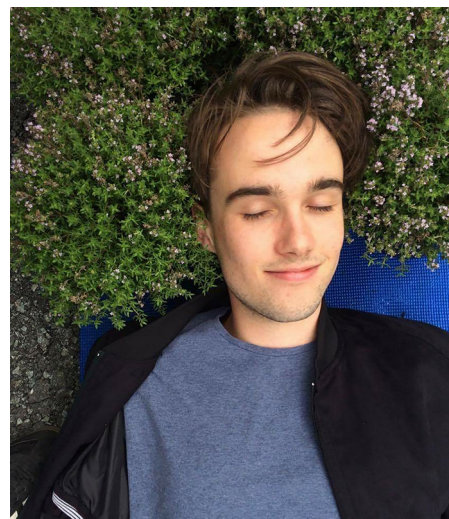
Behandlingsmanualens roll i evidensbaserad psykologisk behandling har länge varit självklar [9]. Manualen säkrar att du som terapeut levererar samma behandling som i studierna där terapimetoden utvärderats [10, 11, 12] och inte driver iväg från beprövade metoder [13]. Det är också ett sätt att minimera inflytandet av kognitiva bias när det kommer till val av vårdinsatser, däribland terapeutiska interventioner [12, 14, 15]. Nyttan i att utbilda psykologer i evidensbaserad behandling borde vara uppenbar [16, 17, 18]. Men hur ser det ut på Sveriges psykologutbildningar?

På västfronten intet nytt. Vid psykologprogrammen i Göteborg och Lund lär vi oss sällan att arbeta med manualer. Så ser det även ut på motsvarande utbildningar i andra länder [19] - utbildningar lär sällan ut specifika evidensbaserade behandlingar [6, 19]. En enkätundersökning (n = 99) vi genomförde på våra psykologprogram i Lund och Göteborg visade att cirka 50 % av de responderande psykologstudenterna aldrig har använt en manual. Endast 30 % hade använt en manual på uppmaning av lärare eller handledare på utbildningen.

Terapeuter som läst och använt sig av manualer tycker om dem i högre grad än de som inte har gjort det och

anser att de underlättar flexibiliteten, den terapeutiska relationen samt håller terapin på spåret [20]. Men terapeuter använder sig gärna av de metoder de har fått utbildning i och känner sig trygga med [5, 21], vilket tyvärr sällan är evidensbaserade behandlingar [5, 19, 21]. Användandet av manualer förbättrar generellt terapeututbildningen och underlättar lärarens bedömning av studentens förmågor [12, 16, 22]. Av dessa anledningar anser vi att samtliga psykologutbildningar bör undervisa i evidensbaserad psykologisk behandling utifrån manualer.

Utöver pedagogiska fördelar handlar det också om att ge samhället valuta för pengarna som investeras i en lång och kostsam vårdutbildning samt att säkra förtroendet för psykologyrket [23]. Vi tror att alla terapeuter, oavsett om de arbetar med kristallhealing eller beteendeterapi, tror att deras behandlingar fungerar [14]. Vad som bör särskilja legitimerade yrkesutövare är dock att deras metoder har testats systematiskt. Då är det bra att ha god förtroendet med hur de beforskade behandlingarna utförs, vilket i praktiken innebär undervisning och handledning i manualbaserad behandling [7, 22]. Det är också tveksamt om det är etiskt försvarbart att erbjuda annat än den mest evidensbaserade behandlingen för sina klienters problem [24]. Det bör även vara



Loke Blomgren

ambitionen på psykologutbildningarnas terapimottagningar, enligt oss.

Men hur behandlas evidensbegreppet i Lund och Göteborg? Styvmoderligt och svepande, för att sammanfatta. Om evidens ens diskuteras så får vi höra att PDT och KBT (båda ofta i singularis) har evidens, som om evidens är binärt och generellt för hela terapiskolor. Specificiteten måste bli högre: vilka specifika psykodynamiska samt kognitiva och/eller beteendeorienterade behandlingar har vilken grad av evidens för vad?

Ibland hänger kunskapens frukt lågt. Evidensbaserade behandlingar finns framför våra ögon och har kommit för att stanna. Med det sagt så vill vi att våra utbildningar tar sitt ansvar och skördar den frukten. Med utgångspunkt i ovanstående resonemang menar vi att psykologstudenter bör lära sig att arbeta utifrån bästa möjliga evidens med hjälp av manualer. Det vill säga att vi utbildas på samma sätt som har visat sig fungera i kontrollerade studier [7, 22, 25]. För egentligen, vad kan motivera att utbilda i annat än evidensbaserade behandlingar på våra psykologprogram?

*Fotnot: den här artikeln har skickats till utbildningsansvariga på psykologprogrammen i Lund och Göteborg som har ombetts svara på kritiken.

En enkätundersökning vi genomförde på våra psykologprogram i Lund och Göteborg visade att cirka 50% av psykologstudenterna aldrig har använt en manual.

Referenser

- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy & Research*, 36(5), 427-440.
- Leichsenring, F., & Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(1), 4-32.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 137-150.
- Shafraan, R., Clark, D., Fairburn, C., Arntz, A., Barlow, D., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P.A., Hollon, S.D., Ost, L.G., Salkovskis, P.M., Williams, J.M.G & Wilson, G. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research And Therapy*, 47 Dissemination and Implementation of Cognitive Behavioural Therapy, 902-909.
- Ollendick, T. H. (2014). Advances toward evidence-based practice: where to from here?. *Behavior Therapy*, 45(1), 51-55.
- Salkovskis, P.M. (2004). A NICE year for CBT and a CBT year for NICE. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 32(2), 129.
- Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (2013). The dissemination and implementation of psychological treatments: Problems and solutions. *International Journal Of Eating Disorders*, 46(5), 516-521.
- Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni - Indikatorer och underlag för bedömningar. www.socialstyrelsen.se, hämtad: 2017-01-08.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Wilson, G. T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research & Therapy*, 35(3), 205.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-Based Treatment and Clinical Practice. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5(3), 363.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: the clinical application of research findings. *Behaviour Research And Therapy*, 34(4), 295-314.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research And Therapy*, 47, 119-127.
- Walfish, S., Mcalister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Sapoznik, G., Redelmeier, D., Ruff, C. C., & Tobler, P. N. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 16, 1-14.
- Pagano, J., Kyle, B. N., Johnson, T. L., & Saeed, S. A. (2016). Training Psychiatry Residents in Psychotherapy: The Role of Manualized Treatments. *The Psychiatric Quarterly*, 1-10.
- Layard, R. & Clark, D.M. (2014). *Thrive: the power of evidence-based psychological therapies*. London: Penguin.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review Of Psychology*, 52(1), 685.
- Weissman, M. M., Verdelli, H., Gameroff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., Fitterling, H. & Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives Of General Psychiatry*, 63(8), 925-934.
- Forbat, L., Black, L., & Dulgar, K. (2015). What clinicians think of manualized psychotherapy interventions: findings from a systematic review. *Journal Of Family Therapy*, 37(4), 409-428.
- Allen, B., Gharagozloo, L., & Johnson, J. C. (2012). Clinician Knowledge and Utilization of Empirically-Supported Treatments for Maltreated Children. *Child Maltreatment*, 17(1), 11-21.
- Weerasekera, P., Manring, J., & Lynn, D. J. (2010). Psychotherapy Training for Residents: Reconciling Requirements with Evidence-Based, Competency-Focused Practice. *Academic Psychiatry*, 34(1), 5-12.
- Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 66(1), 3-6.
- Persons, J. B., & Silberschatz, G. (1998). Are Results of Randomized Controlled Trials Useful to Psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(1), 126-135.
- Mason, L., Grey, N., & Veale, D. (2016). My Therapist is a Student? the Impact of Therapist Experience and Client Severity on Cognitive Behavioural Therapy Outcomes for People with Anxiety Disorders. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 193-202.

Negativa effekter av psykologisk behandling

– vilka är de och hur kan de mätas?

Text: Alexander Rozental, Per Carlbring, Gerhard Andersson och Kristoffer Magnusson
Foto: Alexander Rozental



Centrala Chicago – staden där skyskrapan ursprungligen utvecklades

Psykologisk behandling har visat sig ge god effekt vid många psykiatriska diagnoser. Socialstyrelsens nyligen utgivna nationella riktlinjer rekommenderar exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) ”vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom” (sid. 8) [1]. Det finns följaktligen mycket som talar för att människor som lider av psykisk ohälsa kan bli bättre och uppnå ett högre välbefinnande tack vare sin behandling. Trots detta är det en del som inte blir tillräckligt förbättrade vad gäller sina symptom, så kallade *non-responders*. I en översiktsartikel [2] för KBT klassificeras i genomsnitt hälften som *responders*; 49,5 % vid eftermätning respektive 53,6 % vid uppföljning. Även om de förekommer viss variation beroende på tillstånd och hur förbättringen avgörs betyder det att många inte blir tillräckligt hjälpta av sin behandling. Samtidigt finns det också forskning som pekar på att somliga till och med kan bli sämre eller erfara andra typer av negativa effekter – aspekter som tidigare inte har rönt särskilt mycket uppmärksamhet.

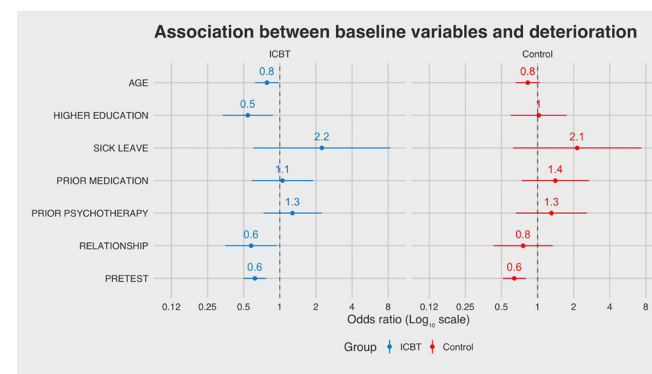
Försämringseffekten

Att försämring faktiskt kan äga rum upptäcktes tidigt av forskaren Allen Bergin [3] genom en undersökning av data från sju kliniska studier. Det visade sig då att förutom de som blev bättre eller kvarstod på samma symtomnivå försämrades en del patienter så mycket att det gick att tala om en försämrings-effekt, *deterioration effect*. Detta fynd replikerades sedan i en rad undersökningar under påföljande decennier med en uppskattning om att ungefär 5-10 % blir sämre under tiden de genomgår

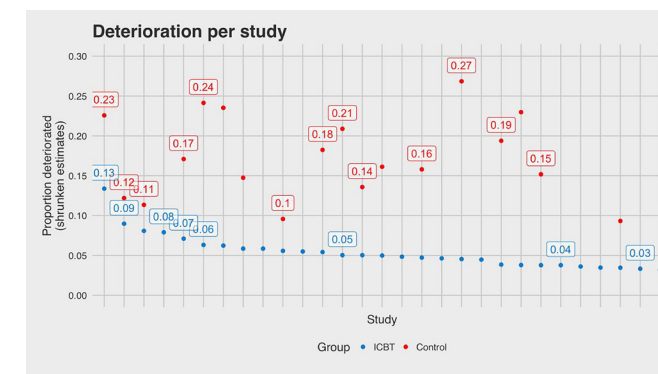
behandling. Att mäta försämring är dock komplicerat eftersom det kräver statistiska och metodologiska överväganden – räknas alla fall där symptomen blir värre eller enbart då avsevärd försämring uppstår? Oftast avgörs detta genom användandet av ett gränsvärde som tar hänsyn till det mätfel som ett självskattningsformulär kan ha, så kallat Reliable Change Index (RCI), ursprungligen tillämpat för att avgöra förbättring [4]. Patienter som försämras så många poäng att det överstiger detta gränsvärde kan alltså sägas uppnå en reliabel försämring där det, statistiskt sett, är att betrakta som ovanligt med poäng över gränsvärdet om vi antar att ingen riktig försämring har ägt rum. I den största översiktsstudie som har gjorts på området av Hansen, Lambert och Forman [5] har RCI använts för att avgöra förekomsten av försämring hos 6072 patienter som har fått psykologisk behandling på en rad platser i USA, företrädesvis med KBT och framförallt för egentlig depression och ångestsyndrom. Totalt hade 8,2 % försämrats,

vilket alltså stämmer väl överens med tidigare fynd. Samtidigt har det visat sig att siffran är betydligt högre bland barn och ungdomar, uppemot 24,1 % [6], samt i gruppbehandling, 16 % [7], vilket innebär att andelen försämrade troligen varierar beroende på patientgrupp.

I en nyligen publicerad avhandling från psykologiska institutionen vid Stockholms universitet har författarna till denna artikel studerat försämring bland patienter som har erhållit internetbaserad KBT för olika tillstånd [8]. Resultatet visade att bland 2866 patienter som ingick i 29 olika kliniska studier för en rad olika tillstånd uppnådde 5,8 % försämring under sin behandling, mätt enligt RCI. Desto mer intressant var emellertid det faktum att en så stor andel som 17,4 % försämrades hos kontrollgruppen, i detta fall kännetecknat av framförallt väntelista. Denna jämförelse är relativt unik då tidigare antagande har varit att patienter som väntar på behandling kan förbättras, men troligen inte försämrats. Det finns



Figur 1 – Prediktorer för försämring i internetbaserad kognitiv beteendeterapi. Pretest = Självskattade symptom vid förmätning enligt primärt utfallsmått; ICBT = Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. Figur framtagen av Kristoffer Magnusson.



Figur 2 – Andel försämrade i procent i olika kliniska studier. ICBT = Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. Figur framtagen av Kristoffer Magnusson.

med andra ord anledning att inte bara följa de patienter som får behandling, utan även att regelbundet undersöka måendet bland de i väntelista. Dessutom pekade resultatet på att vissa aspekter tycks vara förknippade med lägre odds för försämring för de i behandling, däribland att befinna sig i en relation, ha en universitetsutbildning samt vara äldre – tidigare kända skyddsfaktorer för bland annat psykisk ohälsa (se Figur 1). Vidare var även högre grad av symptom vid förmätningen förknippat med lägre odds för försämring, både för behandlings- och kontrollgruppen, något som dock kanske kan förklaras av att utrymmet för förbättring var större för dessa patienter. Någon skillnad mellan de övergripande kategorier av psykiatriska diagnoser som användes i undersökningen; depression, ångestsyndrom och övrigt (exempelvis hasardspelsyndrom) gick emellertid inte att uttröna. Däremot fanns det stor variation mellan de olika kliniska studierna, i somliga fall med nästan en tredjedel försämrade patienter (se Figur 2).

Försämring behöver däremot inte vara bestående eller särskilt negativ utifrån ett långsiktigt perspektiv, vilket framfördes som kritik redan tidigt i forskningen [9]. Argumenten brukar lyda att det är svårt att veta hur många och hur mycket människor försämrats över tid utan att gå i behandling, detta eftersom måendet kan antas fluktueras.

Dessutom kanske viss försämring behövs för att må bättre, exempelvis vid exponering för ångestväckande stimuli, liksom när en patient konfronterar tankar, känslor eller mönster i livet som den tidigare har valt att undvika. Likaså

Att mäta försämring är dock komplicerat eftersom det kräver statistiska och metodologiska överväganden.

är det oerhört svårt att veta om försämring, så som den har mätts hittills, kvarstår eller återgår över tid, något som kräver uppföljningsmätningar vilka ofta saknas. Det kan även lyftas fram att försämring i symptom inte måste innebära försämring av till exempel välmående eller livskvalitet, liksom att det ännu är oklart om den uppmätta försämringen påverkar patientens egen upplevelse negativt. Fortsatt forskning är följaktligen viktigt, bland annat genom att samla in data från fler mätpunkter för att se hur den förändras över tid, men även att intervjua patienter kring deras egna erfarenheter av att ha försämrats – vilken är deras uppfattning och vad tillskriver de denna försämring? Avgörande för forskning på området är om försämringen beror på den psykologiska behandling som har getts eller om det har orsakats av andra omständigheter i patientens liv, exempelvis en kris, separation eller problem på jobbet.

Andra negativa effekter

Försämring är emellertid inte den enda typen av negativa effekter som skulle kunna uppstå i psykologisk behandling. Detta lyftes tidigt [10] och en rad försök har sedan dess gjorts för att

undersöka det mer ingående. Några aspekter som har tagits upp är till exempel det stigma som en del kan uppleva av att gå i behandling, liksom försämrade relationer till andra, minskat självförtroende och hopplöshet av att inte kunna bli bättre. Att ta reda på deras förekomst är dock mer komplext än att studera försämring rent statistiskt eftersom det påverkas av vem som bedömer om de har ägt rum. För en patient krävs det att hen faktiskt kan avgöra och minnas saker som kan ha varit negativa i behandlingen. Likaså är det avhängigt att patienten kan särskilja sådant som kan tänkas bero på dess psykologiska behandling och det som har orsakats av annat i livet. För en behandlare gäller det att differentiera mellan vad som anses vara en nödvändig del av interventionerna, till exempel ökad ångest vid exponering, samt vad som är oväntat och kanske till och med skadligt. Dessutom går det att argumentera för att närstående till patienten kan bidra med ytterligare ett perspektiv – vad som anses vara bra för personen i behandling kanske inte ses som positivt av omgivningen, till exempel ökad självhädelse i en parrelation.

Tidiga studier fann dock att det inte var ovanligt med negativa effekter i behandling, exempelvis Foa och Steketee [11] som fann att nya symptom kunde uppstå bland vissa patienter med svårt tvångssyndrom. Liknande fynd visade också att en del patienter kunde reagera väldigt negativt och med ökad ångest i relation till tillämpad avslappning, något som sedan har blivit viktigt att förmedla för patienter som går i behandling. Systematiska undersökningar på området har emellertid

varit få, men i takt med att olika typer av självskattningsformulär som mäter negativa effekter tagits fram har kunskapen ökat. Några saker som har presenterats i senare forskning är exempelvis utvecklingen av ett beroende till sin behandlare samt interpersonella problem. I den hittills största studien skickades en enkät ut till ett stort antal patienter inom National Health Service i Storbritannien [12]. Bland de 14587 respondenter som svarade uppgav 5,2 % att de hade upplevt händelser i sin psykologiska behandling som de tyckte hade gett dem långvariga negativa effekter. Vidare fanns det en rad aspekter som gav ökade odds att patienter svarade jakande på dessa frågor, däribland ifall de var osäkra på vilken form av behandling de egentligen hade fått, om de hade gått i längre behandlingar (> 26 sessioner) samt om de tillhörde någon minoritetsgrupp.

Negative Effects Questionnaire

En stor brist med den forskning som hittills har bedrivits vad gäller andra negativa effekter än försämring är att olika självskattningsformulär har mätt olika saker. En del kan även kritiseras för att de innehåller påståenden som snarare handlar om oetiskt beteende från behandlaren sida, till exempel att inleda en relation med sin patient, vilket inte är detsamma som negativa effekter av väl utförd evidensbaserad behandling som ges av utbildad personal. Likaså har vissa påståenden varit väldigt beroende av en specifik kontext, däribland rådande lagstiftning eller försäkringsvillkor i ett visst land. För att råda bot på detta genomfördes därför ett mer genomgripande försök att ta fram ett självskattningsformulär som är tänkt att vara mer generellt, även detta inom ramen för den avhandling som nyligen har publicerats [8]. Med hjälp av en litteraturoversikt, en konsensus bland forskare samt kvalitativa studier av patienters egna svar på öppna frågor utvecklades Negative Effects Questionnaire (NEQ) – gratis att ladda ner och använda av behandlare och forskare via www.neqscale.com.

En explorativ faktoranalys på data från 653 patienter som fick fylla i NEQ resulterade i ett självskattningsformulär som består av 32 påståenden kring negativa effekter av psykologisk behandling. Sex faktorer bedömdes relevanta och teoretiskt intressanta; symptom, kvalitet, beroende, stigma, hopplöshet och misslyckande, vilka är i linje med

Negativa händelser och effekter av psykologisk behandling

Under en behandling kan det äga rum händelser och effekter som uppfattas såväl positiva som negativa. Vi vill nu att du ska tänka på sådant som inträffade under tiden du genomgick din behandling, och som du anser var negativa eller oönskade. Läs igenom följande påståenden och markera om du upplevde någon av dessa händelser och effekter. Ange sedan hur negativt du anser att de påverkade dig, samt om du tror att dessa orsakades av den behandling du genomgick eller andra omständigheter som skedde under samma period som behandlingen.

Händelser och effekter:	Upplevde detta?		Om ja – så negativt påverkade det mig:					Orsakades troligen av:	
	Nej	Ja	Inte alls	Något	Måttligt	Mycket	Extremt	Behandlingen jag genomgick	Andra omständigheter
1. Jag fick större problem med min sömn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jag kände mig mer stressad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jag upplevde mer ångest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jag blev mer orolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jag kände mig mer nedstämd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jag upplevde större hopplöshet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Jag fick sämre självkänsla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jag tappade tilltron till mig själv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Jag kände mig mer sorgsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Jag uppfattade mig som mindre kompetent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jag upplevde fler obehagliga känslor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Jag upplevde att det jag sökte hjälp för förvärrades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Jag blev rädd för att andra människor skulle förstå att jag gick i en behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jag fick tankar om att det vore bättre om jag inte längre fanns kvar eller att jag borde ta mitt eget liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Jag började skämmas inför andra att jag gick i behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figur 3 – Första sidan av självskattningsformuläret Negative Effects Questionnaire (NEQ) – kan laddas ner gratis på www.neqscale.com

vad som tidigare har lyfts fram i forskningen som negativt i behandlingssammanhang. Framförallt verkar symptom vara mest framträdande och förklarar störst andel av den totala variansen, i det ingår till exempel ”Jag fick större problem med min sömn” (påstående 1; för en översikt av NEQ se Figur 3). En av slutsatserna från studien är att ökade och nya symptom är en form av negativ effekt som är vanligt förekommande och även skattas som särskilt negativt av patienter [13]. Påståenden som rörde att återuppleva gamla obehagliga minnen, ökad stress samt mer ångest förekom till exempel bland fler än en tredjedel av patienterna. Samtidigt skattades bristande kvalitet på behandlingen som något vilket hade störst negativ påverkan, vilket skulle kunna tyda på att förväntningar som inte infrias, problem i den terapeutiska relationen eller ett bristfälligt utförande från behandlaren sida kan uppfattas som negativt av patienten. Detta skulle möjligen påverka dess tilltro till att faktiskt bli bättre och likaså följsamhet att genomföra behandlingens olika delar, vilket en behandlare behöver vara mycket uppmärksam kring. Påståenden som rör övriga faktorer var mindre framträdande i studien men är av sådan karaktär att deras förekomst är viktig att fånga, exempelvis om en patient upplever sig ha utvecklat ett beroende till sin behandlare eller känner ett stigma av att söka hjälp för sina besvär.

Huruvida dessa typer av negativa effekter har ett samband med utfallet

i en behandling återstår att se. Det är möjligt att vissa saker är ofrånkomliga för att patienten ska bli bra, framförallt ökad ångest vid exponering. Andra delar kan dock hjälpa forskare och behandlare att identifiera problem i behandlingen som annars kanske leder till att patienter hoppar av och inte förbättras. Fördelen med ett självskattningsformulär är att det är enkelt att distribuera under pågående behandling och gör det lättare att fundera över saker som kan ha varit negativa, vilket kanske inte är fallet om frågor ställs direkt till patienten. Något som är särskilt positivt med NEQ är dessutom det faktum att det ber patienten särskilja mellan vad den själv tycker har orsakats av behandlingen respektive andra omständigheter, vilket kan öka förståelsen för vad som faktiskt beror på det som görs i behandlingssammanhang. Nackdelen är samtidigt att färdiga svarsalternativ kanske får vissa att markera händelser som de inte tidigare hade reflekterat över som särskilt negativa. Beroende på när självskattningsformuläret delas ut kan det också vara mer eller mindre påverkat av minnesbias, i synnerhet sådant som innebär att vi har lättare att minnas det som hände tidigt eller vid slutet av en behandling. Dessutom finns risken att patienter som är missnöjda med resultatet hos en behandlare väljer att kryssa i många negativa händelser, alternativt att de som är nöjda bortser från sådant som har varit negativt av ren tacksamhet. Trots detta är NEQ ändå ett användbart instrument för att utvärdera inte bara de positiva sidorna

med psykologisk behandling, utan även det som har varit negativt. Förhoppningen är att det ska kunna hjälpa såväl forskare som behandlare att bli mer uppmärksamma på när behandlingar går dåligt, liksom för att lättare kunna vända en negativ trend.

Fortsatt forskning på området är viktigt och fler studier behöver göras för att minska risken för negativa effekter i psykologisk behandling. Under våren 2016 erhöLL därför en av författarna till denna artikel, Alexander Rozental, ett stipendium av Beteendeterapeutiska föreningen för att kunna besöka professor Anders Kottorp vid University of Illinois at Chicago för att dels presentera resultatet från sin avhandling för amerikanska doktorander, dels vidareutveckla NEQ med hjälp av mer avancerade metoder för psykometri. Resultatet från detta samarbete är ännu inte klart, förhoppningen är emellertid att skapa ett så lättadministrerat självskattningsformulär som möjligt, säkerställa att de faktorer som tidigare framkommit är giltiga i fler kontext samt att undersöka hur patienternas svar hänger samman med utfallet i behandling. Forskning kring negativa effekter är ett nytt och spännande område som kommer att kunna hjälpa till att förbättra de behandlingar som ges till patienter. I ett inlägg från British Journal of Psychiatry sammanfattar Scott och Young [12] det på följande sätt: ”...given the unrelenting popularity of therapies as a treatment for common mental disorders in primary and secondary care, it is important to develop a strategy for examining failed psychotherapy interventions. This is not an attempt to undermine therapies, but is likely to be beneficial. First, because it is likely to lead to improvements in techniques and practice, and second, because every branch of medicine learns from its mistakes; it is inconceivable that the same is not true for psychotherapies.” (sid. 209).

Fortsatt forskning på området är viktigt och fler studier behöver göras för att minska risken för negativa effekter i psykologisk behandling.



Alexander Rozental disputerar den 3 februari med sin avhandling om negativa effekter av internetbaserad kognitiv beteendeterapi.



På väg till University of Illinois at Chicago med tunnelbanan en regnig dag i oktober 2016

Sammanfattning

- Negativa effekter av psykologisk behandling är ett relativt outforskat område men kan definieras som försämring liksom andra typer av oväntade eller oönskade händelser, exempelvis nya symptom.
- Försämring äger rum hos i genomsnitt 5-10 % av alla patienter, något fler bland de som är i väntelista.
- Negativa effekter utöver försämring förekommer, bland annat stigma, interpersonella svårigheter och beroende av sin behandlare.
- Negative Effects Questionnaire är ett nyutvecklat självskattningsformulär som består av 32 påstående och är gratis att använda, www.neqscale.com

Referenser

- [1] Socialstyrelsen (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning (Remissversion)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- [2] Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review, 42*, 72-82.
- [3] Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology, 71*(4), 235-246.
- [4] Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- [5] Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(3), 329-343.
- [6] Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144-155.
- [7] Roback, H. B. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factors, prevention, and research directions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9*(3), 113-122.
- [8] Rozental, A. (2016). *Negative effects of Internet-based cognitive behavior therapy – Monitoring and reporting deterioration and adverse and unwanted events*. Stockholm: Stockholms universitet.
- [9] Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. Oxford, UK: Pergamon.
- [10] Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. With special reference to negative effects in psychotherapy. *The American Psychologist, 32*(3), 187-196.
- [11] Foa, E. B., & Steketee, G. (1977). Emergent fears during treatment of three obsessive compulsives: Symptom substitution or deconditioning? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8*(4), 353-358.
- [12] Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., . . . Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry, 208*(3), 260-265.
- [13] Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of an instrument measuring adverse and unwanted events. *Plos One, 11*(6), e0157503.

Kognitiv-behavioristisk inhiberings-bearbetningsteori vid trauma och PTSD

Text: Nenad Paunović

Inledning

I denna korta artikel ska den första delen av författarens teoretiska modell för trauma och PTSD kort presenteras. Modellen är preliminär och modifieringar kan komma att genomföras framöver. Den första figuren som beskriver utvecklandet och upprätthållandet av PTSD presenteras i den aktuella artikeln. Modellen benämns som *Kognitiv-behavioristisk inhiberings-bearbetningsteori för trauma och PTSD*. På engelska blir benämningen *Cognitive-behavioral inhibition-processing therapy for trauma and PTSD*. Härnäst sammanfattas de olika delarna av den första delen av modellen.

Utvecklingen och upprätthållandet av PTSD

I figur 1 beskrivs modellen i termer av när samtliga beståndsdelar är i sin mest inadekvata och negativa form. I de flesta fall besitter traumatiserade individer en blandning av patologirelaterade beståndsdelar samt ”friska” eller hälsosamma aspekter av sitt fungerande och psykiska hälsa. Samtlig presenterad text är preliminär och inte uttömmande.

Aktiverande händelser och diskriminativa stimuli vid PTSD

Utöver aktiverande händelser, som innebär att det går att identifiera en eller flera specifika utlösande stimuli, kan traumarelaterade symptom även utlösas spontant utan någon identifierbar aktiverande händelse. Härnäst kommer några typer av aktiverande händelser att kort beskrivas.

Yttre stimuli som aktiverar det traumatiska minnet: dessa kan utgöras av människor, platser, samtal, aktiviteter, objekt, situationer, samt sensoriska intryck. Det sistnämnda kan t ex utgöras av något subtielt ljusintryck eller ljud

som utlöser traumaminnet och leder till intrusioner. De förstnämnda mer konkreta yttre stimuli som räknades upp kan dessutom delas in i två kategorier; de som har perifera likheter och de som har centrala likheter med det traumatiska minnet (som avspeglar den hotfulla delen av händelsen). Med perifera likheter menas stimuli som aktiverar de perifera minnesdelarna av traumat, sådana stimuli som existerade vid tillfället men som inte var centrala delar av den hotfulla händelsen. Med centrala likheter menas stimuli som direkt aktiverar de centrala delarna av traumaminnet. T ex en person som man träffar på som på något avgörande sätt påminner om en förövare som den traumatiserade individen har utsatts för. Eller en trafiksituation som starkt liknar den där en individ utsattes för en livshotande trafikolycka.

Inre stimuli som aktiverar det traumatiska minnet: man kan dela in inre aktiverande händelser i minnen, negativa tankar, känslor och fysiologiska reaktioner. Även här kan man skilja mellan perifera samt centrala inre aktiverande händelser. Perifera inre händelser utgörs av inre stimuli som inte är direkt relaterade till det centrala traumatiska minnet. T ex negativa tankar eller känslor som inte har att göra med

traumat. Eller perifera minneselement av det som varseblevs strax innan att den traumatiska händelsen inträffade. Centrala inre aktiverande händelser innebär att man minns, tänker eller upplever något som har centrala likheter med minnet av den obearbetade traumatiska händelsen.

Beteenden som kan aktivera det traumatiska minnet: här räknas preliminärt upp flashbacksliknande beteenden, frysrespons, dissociation, bristande själv effektivitet eller mental planering, mentalt nederlag, icke-adekvata undvikanden samt inadekvata attackerande beteenden. Flashbacksliknande beteenden innebär att man agerar på ett likartat sätt som under faktiska flashbacks. I och med att man är överkänslig vid PTSD kan man agera på likartade sätt även i harmlösa situationer, vilket kan utlösa intrusioner och en mycket stark hotupplevelse om att något farligt håller på att hända. Frysrespons, som är en medfödd reaktion på farliga situationer i vilka man inte kan agera på något sätt för att klara livhanken, kan t ex inträffa om känner sig oerhört stressad i vardagssituationer och upplever sig handlingsparalyserad inför dessa. Dissociation behöver inte utgöra en specifik traumarelaterad reaktion. Detta kan vara ett sätt att hantera obehagliga

Man vet att en sk invalidiserande eller mycket kritisk miljö kan bidra till ett upprätthållande av PTSD, samt till att traumafokuserade psykologiska behandlingar inte får den effekt som eftersträvas.

intrusioner som är de centrala PTSD-symtomen, dvs återupplevelser av traumat. Ett icke-inhiberat och kognitivt/känslomässigt obearbetat traumat som kan utlösas spontant och utanför ens viljemässiga kontroll. Dessutom återupplevs mycket plågsamma fysiologiska och känslomässiga reaktioner. Framför allt rädsla och skräck, men även ett flertal andra negativa emotioner kan förekomma. En central del av

Denna onda cirkel måste brytas med kognitiva eller beteendeinriktade metoder för att en mera realistisk/positiv information eller erfarenhet ska kunna införlivas.

traumaminnat är tolkningen av livshot eller hot om att skadas allvarligt fysiskt eller psykiskt. Denna tolkning är i vissa fall mera realistisk, och i andra fall mera orealistisk. När tolkningen av en situation som har uppfattats som livsfarlig är orealistisk behöver man vidta åtgärder för att korrigera dessa typer av feltolkningar. Ibland är det endast vissa aspekter av en traumatisk händelse som har uppfattats på ett dylikt felaktigt sätt. I vissa situationer är det svårt att avgöra på ett objektivt sätt vad som är realistiskt eller inte. En annan central komponent av det traumatiska minnet vid PTSD är minnen av extrema beteendereaktioner i form av undvikande-beteenden, flykt- och/eller frysresponser. Med frysrespons menas att man fryser till av skräck i en situation där man inte tror att man har några handlingsalternativ (varken fly eller fåkta).

Negativ inhibering av positiva reaktioner inför intressanta aktiviteter, känslor och minnen

När intrusioner aktiveras i situationer som man upplever som positiva, då kan de senare reaktionerna inhiberas, vilket i sin tur leder till känslolavtrubningssymtom. Intrusioner kan inträffa i en rad olika omständigheter. Till exempel när man är sysselsatt i en rad olika intressanta aktiviteter. Den traumatiserade individen kan varsebli något som aktiverar det traumatiska minnet och utlösa intrusioner, eller de kan uppstå spontant. Intresset för den aktivitet som man håller på med kan avta, vilket innebär att den positiva känslan för aktiviteten dämpas som i sin tur leder till känslolavtrubningssymtom. Ett annat exempel är aktiviteter som är förknippade med

själveffektivitetskänslor. Till exempel om man upplever sig effektiv och kompetent i sitt arbete, och intrusioner inträffar under dessa aktiviteter, då kan intresset för det aktuella arbetet avta dramatiskt. Själveffektivitetskänslan kan förbytas i upplevelser av bristande positiva känslor inför arbetet. Ett ytterligare exempel är om intrusioner inträffar när man upplever sig nära andra betydelsefulla människor. Posttraumatiske intrusioner dämpar upplevelser av närhet och kan

ersättas med upplevelser av alienering och främlingskap inför andra människor. Slutligen kan även positiva självbiografiska minnen inhiberas när man tänker på dessa, samtidigt som traumarelaterade intrusioner aktiveras. Dessutom kan känslolavtrubningssymtomen delvis vara betingade av den känslomässiga dränningen som är en konsekvens av ett ständigt aktiverande av traumarelaterade intrusioner.

Känslolavtrubning

Den negativa inhiberingen av positiva reaktioner som beskrevs i föregående stycke leder till utvecklandet av känslolavtrubningssymtom. Dessa innefattar att aktiviteter som den traumatiserade individen tidigare upplevde som intressanta inte längre upplevs på detta sätt, att man har svårt att uppleva positiva känslor (från känslor av kärlek och lycka), samt att man upplever känslor av alienering och främlingskap inför andra människor.

Den ömsesidiga inverkan mellan känslolavtrubningssymtom och det aktiverade traumaminnat

Ett tidigare gängse teoretiskt perspektiv var att man vid PTSD alternerar mellan faser av traumarelaterade intrusioner och faser av känslolavtrubningssymtom. I den aktuella modellen antas det att känslolavtrubningssymtom kan göra det traumatiska minnet mera skräckinjagande på grund av bristen på inhiberande minneselement, samtidigt som varje aktivering av traumaminnat (dvs vid intrusioner) ytterligare dränerar individen känslomässigt vilket leder till ett förvärrande av känslolavtrubningssymtomen.

Införlivandet av känslolavtrubningssymtom i traumaminnat

Den känslomässiga dränningen som sker i situationer som under den pretraumatiska tidsperioden var kopplade till intresse, positiva känslor och närhet till andra, blir en del av den känslomässiga responsen som införlivas i det traumarelaterade minnesnätverket.

Negativa tolkningar av känslolavtrubningssymtom

Negativa tolkningar av känslolavtrubningssymtom handlar om vad det betyder att man har tappat intresset för tidigare intressanta aktiviteter, att man inte kan uppleva positiva känslor som tidigare, samt att man känner sig avskärmat från andra människor. De negativa tolkningarna kan till exempel handla om att man upplever aktiviteter som meningslösa, att man är oförmögen att vara glad och lycklig som tidigare, att det inte går att lita på andra människor samt att det är något fel på en själv. De negativa tolkningarna kan även bidra till en förstärkning av känslolavtrubningssymtomen.

Negativa tolkningar av aktiverande händelser

Aktiverande händelser som aktiverar det centrala traumaminnat kan tolkas i ett antal olika avscenden beroende på de aktiverande händelsernas natur, samt på vilka pre- och posttraumatiske minneselement som aktiveras. Härnäst presenteras ett antal typer av negativa tolkningar som ingår i den aktuella modellen, varav de tio första är tagna från Resicks kognitiva bearbetningsterapi (de övriga har tagits från andra modeller eller formulerats av författaren):

Resicks 5x2 tematiska områden:

- Att man inte kan försvara sig från fara (tema: trygghet i relation till sig själv)
- Att omvärlden är full av farliga människor eller situationer (tema: trygghet i relation till andra människor)
- Att man inte litar på sig själv att man kan fatta beslut eller bedöma människor och situationer (tema: tillit till sig själv)
- Att man inte litar på andra människor (tema: tillit till andra människor)
- Att man inte har kontroll eller makt över händelser eller att lösa olika slags problem (tema: kontroll/makt över sig själv)
- Att man inte har kontroll eller makt

att påverka andra människor (tema: kontroll/makt i relation till andra människor)

- Att man inte har något värde som människa (tema: självkänsla i relation till sig själv)
- Att andra människor är dåliga eller onda samt att de inte är värda att respekteras (tema: självkänsla i relation till andra människor)
- Att man inte har förmågan att trösta, lugna eller stötta sig själv (tema: intimitet i relation till sig själv)
- Att man inte har förmågan att vara känslomässigt nära andra människor (tema: intimitet i relation till andra människor)

Övriga områden:

- Att man ser sina individuella aktiviteter som värdelösa eller meningslösa
- Att man ser aktiviteter med andra människor som värdelösa eller meningslösa
- Att man inte har haft individuella positiva erfarenheter
- Att man inte har haft positiva erfarenheter med andra människor
- Att man upplever sina egna förluster eller förluster av andra människor som outhärdliga
- Att man skuldbelägger sig själv eller andra människor för att traumat inträffade
- Att man känner skam inför sig själv
- Att man anser sig ha drabbats av en extrem orättvisa
- Att man upplever sig själv eller andra människor som äckliga

Extremt negativa övertygelser som reaktioner på aktiverade negativa minneselement

Denna rubrik avser att olika situationer kan tolkas på negativa sätt på grund av att pretraumatiske, traumatiska eller posttraumatiska obearbetade minneselement aktiveras (se figur 1 för föreslagna komponenter av minneselementen). Om den traumatiserade individen har haft obearbetade negativa pretraumatiske minneselement innan traumat, kan aktiveringen av dessa ytterligare förstärkas av traumat, och ge upphov till mycket irrationella tolkningar av harmlösa situationer i vardagen utöver de som är uppenbart traumarelaterade. Dessutom kan de negativa traumarelaterade tolkningarna förvärras. Slutligen kan aktiveringen av posttraumatiska negativa minneselement ge upphov till negativa tolkningar som

ömsesidigt påverkar och påverkas av de övriga minneselementen.

Aktiveringen av pretraumatiske positiva minneselement kan fungera som skyddande faktorer på lång sikt, och ge upphov till mera positiva eller realistiska tolkningar av aktiverande händelser. Även om det traumarelaterade minnesnätverket vid

PTSD för stunden kan initiera negativa tolkningar av aktiverande händelser, så kan ett fokus på bearbetningen av positiva pretraumatiske minneselement leda till en adekvat kognitiv bearbetning av ett flertal typer av negativa tolkningar vid PTSD (till exempel enligt Resicks tematiska områden). Dessutom kan en aktivering och bearbetning av positiva posttraumatiske minneselement användas för att bearbeta negativa traumarelaterade tolkningar, för att på så vis minska PTSD-symtomen.

Införlivande av negativa tolkningar i det aktiverade minnesnätverket

Negativa tolkningar av aktiverade negativa minnen eller aktiverande händelser införlivas i det negativa minnesnätverket och förstärker/befäster det senare. Denna onda cirkel måste brytas med kognitiva eller beteendeinriktade metoder för att en mera realistisk/positiv information eller erfarenhet ska kunna införlivas.

Negativa meta-övertygelser

Med negativa meta-övertygelser menas negativa tolkningar av de negativa traumarelaterade övertygelserna. Den kognitiva bearbetningen av dessa sker utifrån samma principer som för de övriga negativa tankarna som upprätthåller PTSD-symtom.

Negativa meta-övertygelser initierar icke-adekvata beteenden som upprätthåller PTSD

Rubriken hänför sig till en rad dysfunktionella beteenden som upprätthåller PTSD. Beteendenas natur beror på vilken specifik situation det gäller och vad den specifika betydelsen innebär i varje enskilt fall.

Ett viktigt mål med traumafokuserad terapi är att få kontroll över sina traumarelaterade tankar. Dock måste vissa individer först utveckla en bättre förmåga till känsloreglering innan en traumafokuserad terapi kan bli aktuell.

Införlivandet av negativa meta-övertygelser i det negativa minnesnätverket

Detta införlivande sker på samma premisser som övriga negativa traumarelaterade övertygelser som tidigare presenterades i artikeln.

Negativa posttraumatiske övertygelser initierar beteenden som upprätthåller PTSD

Härnäst räknas olika typer av icke-adekvata beteenden upp som kan vara involverade i upprätthållandet av den posttraumatiske symptomatologin:

- Beteendemässigt och kognitivt undvikande från inre eller yttre aktiverande stimuli.
- Hypervaksamhet, dvs att ständigt vara på sin vakt för fara i relativt ofarliga situationer.
- Posttraumatisk dissociation, dvs att återuppleva peritraumatisk dissociation efter traumat. Med peritraumatisk dissociation menas att man mentalt avskärmar sig under den traumatiska händelsen för att uppleva mindre känslomässiga smärta.
- Traumarelaterade grubblerier, till exempel att ständigt älta varför traumat inträffade utan att få något svar hur länge man än försöker.
- Undvikande av samtal, negativa känslor och tankar om traumat, vilka utgör specifika exempel på undvikande av yttre eller inre stimuli.
- Inadekvat interpersonell reglering: detta innebär att man agerar på ett icke-adekvat sätt därför att man tolkar en interpersonell situation på ett extremt negativt sätt. Den negativa tolkningen beror på att

extremt negativa pretraumatiska (och eventuellt posttraumatiska) negativa obearbetade minnesnätverk har aktiverats, samt att man tolkar in de negativa aktiverade tankarna i den aktuella situationen. Om detta leder till icke-adekvata beteenden som befäster de negativa tolkningarna, då är risken stor att detta bidrar till ett upprätthållande av den posttraumatiska symtomatologin.

- Att man skjuter upp viktiga beslut. Detta kan innebära att man fortsätter att avskärma sig från situationer som på lång sikt skulle innebära att man kom över PTSD-symtomen.
- Att man agerar icke-tillitsfullt gentemot andra människor: risken kan vara stor att känslotrubbningssymtomen förstärks och upprätthålls, samt att negativa övertygelser om andra människor befästs (särskilt vid mycket negativa reaktioner från andra). Dessutom kan man börja undvika dessa människor p g a bristande tillit, vilket bidrar till ett bristande socialt och känslomässigt stöd, samt att man fortsätter att undvika traumaväckande situationer.
- Att inte kunna lugna, trösta eller stötta sig själv innebär att man brister i en viktig förmåga som är nödvändig för att man ska kunna reglera sina negativa känslor, t ex när man utsätts för aktiverande händelser som utlöser PTSD-symtom.
- Att visa bristande respekt mot andra människor kan leda till förstärkandet av känslotrubbningssymtom samt negativa övertygelser om andra människor, vilket kan bidra till upprätthållandet av PTSD, särskilt om andra människor reagerar mycket negativt. Dessutom kan intrusioner och yttre aktiverande händelser upplevas som mer hotfulla vid avsaknaden av socialt och känslomässigt stöd från andra människor.
- Bristande kontroll över sina plågsamma tankar och känslor faller inom ramen för det som kallas bristande känsloreglering. Ett viktigt mål med traumafokuserad terapi är att få kontroll över sina traumarelaterade tankar. Dock måste vissa individer först utveckla en bättre förmåga till känsloreglering innan en traumafokuserad terapi kan bli aktuell.
- Bristande påverkan på andra i interpersonella situationer: en brist

på en dylik förmåga kan inverka negativt på själv effektivitetskänslor samt kan upprätthålla negativa övertygelser om en själv och andra människor.

- Att agera okänsligt gentemot sig själv kan innebära att man har en invaliderande självdialog riktad mot sig själv, t ex mycket negativa globala fördömanden mot sig själv som leder till plågsamma känslor av skam.
- Känslomässig distansering från andra kan dels innebära att man gör sig mer fysiskt isolerad från andra människor, eller att man mentalt avskärmar sig från andra människor när man är i deras sällskap.
- Att man undanhåller eller upplever känslomässig avtrubbning av kärlek och tillgivenhet gentemot sig själv och i relation till andra människor innebär att man saknar eller är känslomässigt dränerad från positiva upplevelser som skulle kunna motverka traumarelaterade övertygelser och emotioner.
- Brist på engagemang i egna värderade individuella aktiviteter samt aktiviteter med andra människor kan innebära att man ofta inte satsar sig med aktiviteter som skulle kunna motverka känslotrubbningssymtomen på lång sikt.
- Att dölja positiva känslouttryck, såväl negativa som positiva, har implikationer för vilka sociala signaler som man sänder ut till andra människor. D v s i dessa fall döljer man viktiga sociala signaler som förhindrar att andra människor får en möjlighet att ge sitt sociala och känslomässiga stöd.
- Att aktivt undvika socialt och känslomässigt stöd kan ha att göra med att man har en bristande tillit till andra människor.

Negativa konsekvenser av traumarelaterade upprätthållande beteenden
Man kan dela in konsekvenserna av traumarelaterade upprätthållande beteenden i ett antal färre kategorier. För

det första leder olika former av beteendemässiga och kognitiva undvikanden till en negativ förstärkning av dessa beteenden genom att den obehagliga känslan försvinner i samband med beteendenas genomförande. En ytterligare konsekvens är att den traumatiserade individen inte får möjlighet att eventuellt tillgodogöra sig korrekta erfarenheter. D v s erfarenheter som motbevisar de övertygelser eller prediktioner som man har om en viss situation ifall att man skulle stanna kvar i denna. För det andra kan ett flertal inadekvata beteenden i sociala situationer omöjliggöra att man kan erhålla socialt och känslomässigt stöd från andra människor, som är viktigt för att man ska bättre

kunna bearbeta traumaminnen och de traumarelaterade övertygelserna. För det tredje kan dysfunktionella beteenden som respons på aktiverande händelser eller negativa minneselement leda till en bekräftelse av de negativa övertygelserna som den traumatiserade individen innehar. För det fjärde kan en bristande själv effektivitet och kontroll

leda till ett förstärkande av extremt obehagliga fysiologiska och känslomässiga reaktioner. För det femte kan ett undvikande av situationer som tidigare var förknippade med positiva känslor, eller döljandet av känslouttryck, befästa känslotrubbningssymtom.

Införlivande av negativa konsekvenser i det negativa minnesnätverket samt förändring av de diskriminativa stimulinas funktion

Att negativa konsekvenser införlivas i minnesnätverket innebär bl a att man införlivar minnen av undvikande beteendenas kortsiktigt negativa förstärkande funktion, att de negativa övertygelserna befästs, att minnen av känslotrubbningssymtom bekräftas och befästs. De aktiverande händelsernas diskriminativa stimulinfunktion (d v s prediktiva funktion, vad respektive aktiverande händelse leder till för typ av prediktion) förstärks ytterligare.

Referenser

- Amdur, R.L., Larsen, R., & Liberzon, I. (2000). Emotional processing in combat-related posttraumatic stress disorder: A comparison with traumatized and normal controls. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 219-238.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 765-784.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representational theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-686.
- Cahill, S.P. & Foa, E.B. (2007). Psychological theories of PTSD. In M.J. Friedman, T.M. Keane and P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 55-77). New York: Guilford Press.
- Cloitre, M., Cohen, L.R., & Koenen, K.C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York : Guilford Press.
- Cloitre, M., Jackson, C. & Weiss, B. (2015). Flexible application of STAIR narrative therapy. *Presented at the 31st annual meeting of the International Association for the Treatment of Traumatic Stress 4-7 november*, New Orleans, Louisiana, USA.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Follette, W. C. & Naugle, A. E. (2006). Functional analytic clinical assessment in trauma treatment. In V.M. Follette and J.I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 17-33). New York: Guilford Press.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Cadell, J.M., Zimering, R.T., & Bender, M.E. (1985). A behavioral approach to the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorders* (pp. 257-294). New York: Brunner/Mazel.
- Keane, T.M., Zimering, R.T., & Cadell, J.M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in combat veterans. *The Behavior Therapist, 8*, 9-12.
- Kuyken, W., & Brewin, C.R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 585-591.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review, 12*, 417-432.
- Litz, B.T., Orsillo, S.M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 26-39.
- McNally, R.J., Lasko, N.B., Macklin, M.L., & Pitman, R.K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 619-630.
- McNally, R.J., Litz, B.T., Prassas, A., Shin, L.M., & Weathers, F.W. (1994). Emotional priming of autobiographical information in post-traumatic stress disorder. *Cognition and Emotion, 8*, 351-367.
- Paunovic, N. (2011). Exposure inhibition therapy as a treatment for chronic posttraumatic stress disorder: a controlled pilot study. *Psychology, 2*, 605-614.
- Paunovic, N. (2014). Behavioral-Cognitive Inhibition Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Cognitive Behavior Therapy Developed from the Behavioral-Cognitive Inhibition Theory. *International Journal of Applied Psychology, 4*, 229-239.
- Resick, P.A., & Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine, 29*, 801-811.

Syftet med nyhetsbrevet är att som ett komplement till protokollet kort berätta vad styrelsen arbetar med för närvarande. Här lyfter vi särskilt fram det vi vill nå ut med till alla i BTF.

Har du synpunkter eller frågor vill vi mycket gärna att du startar en diskussion på KBT-listan om det är något du vill rikta till hela BTF. Du kan även skriva direkt till styrelsen eller kanske låta dig inspireras till att skriva en motion till årsmötet.

Nyhetsbrev från styrelsen, 2016-12-03

Ekonomisk rapport: Den ekonomiska situationen för föreningen är stabil och vi har i dagsläget ett överskott. Preliminärt uppgår föreningens resultat hittills för året till ca 688 tkr. Resultatet kommer att justeras i och med att föreningen väntar på en slutavräkning från MCI.

Medlemsstatistik: Antalet individer i BTF uppgår till 1042 varav 668 är medlemmar, 374 stödmedlemmar, 62 med studentrabatt och 20 med pensionärsrabatt.

Hemsida & IT: Uppdatering av KBT.nu pågår. Texterna kommer att uppdateras i enlighet med folder och KT.se. Kontakt tas avseende kostnad av en ombyggnad av hemsidan KBT.nu.

Infogrupp och annons: Hemsidan har uppdaterats med information om annonser enligt tidigare beslut. Frågan om avgift för grundläggande psykoterapiutbildning i samarbete med BTF bör justeras.

Media och opinion: Den 16:e november träffade Beteendeterapeutiska föreningen, representerade av Alexander Rozental, samt Sigrid Salomonsson och Kersti Ejeby från Gustavsbergs vårdcentral socialförsäkringsminister Annika Strandhäll. Mötet kretsade kring vikten av att erbjuda evidensbaserad psykologisk behandling för att motverka psykisk ohälsa i Sverige. Konkreta exempel på lyckade satsningar presenterades från Gustavsbergs vårdcentral, samtidigt som Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) lyftes fram som en förebild. Annika Strandhäll fick även boken "Thrive" av David Clark och Richard Layard, samt ett kompendium om Beteendeterapeutiska föreningen och de frågor som föreningen driver.

Stipendier och priser: Dokument avseende priser och stipendier har uppdaterats.

Utbildningsfrågor: Vi har informerat om vår nya utbildningsplan till sfKBT och de har önskat gå vidare i diskussionen kring utbildningsfrågor.

Årsmötesgruppen: Schemat är klart och läggs ut kommande vecka. Budgeten kommer att fastställas. Externa personer kommer att bjudas in för att fortsatt kunskapspridning av kognitiv beteendeterapi.

Beslutspunkter:

Budget för årsmöteskongressen

Det ser ut som att vi kommer ha en stor buffert i föreningen, delvis avsiktligt för att ha möjlighet att backa upp EABCT16 om den skulle ha gått minus men det ser ut att gå plus. Beslut fattas att skjuta EABCT16-överskottet till årsmöteskongressen 2017.

Uppdatera avgift för annonsering av grundläggande psykoterapiutbildning i samarbete med BTF

Bakgrund till beslutet är att denna typ av annonsering innebär att BTF:s styrelse gör en granskning av utbildningen både inför kursstart och vid återrapportering, föreslås att avgiften höjs i relation till avgiften för BTF:s standard-annospaket. Beslut fattades att avgiften för annonsering av grundläggande psykoterapiutbildning i samarbete med BTF ändras till 5000 kr.

För styrelsen,
Monica Buhrman



Trappa under EABCT-kongressen. Foto: Anna Eriksson

Styrelsen:

Linda Jüris, ordförande
Henrik Engelmark, medlemssekreterare
Diana Fabian, kassör
Erik Hjalmarsson
Li Wolf
Lise Bergman Nordgren
Lena Fagerström
Alexander Rozental
Monica Buhrman
Sara Vigerland
Daniel Björkander
Sara Elfstrand
Amira Hentati
(studeranderepresentant)

Mediakontakt:

Dan Katz
dan.katz@katzkbt.se
Liria Ortiz
liriaortiz@botmail.com

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Martin Oscarsson, kanslist
btf.kansli@gmail.com
Kontakt vid ekonomifrågor:
info@klostermark.se
KBT-listan:
btf.listadmin@gmail.com
Anders Görling, webbredaktör
Revisorer:
Rio Cederlund, Johan Wetterlöf
Revisorssuppleanter:
Håkan Wisung, Olof Johansson
Valberedning:
Vendela Zetterqvist, Margareta
Bylund Andersson, Andreas
Karlsson
Hemsidor och IT:
Lars Ström

Handledarkommittén:

Marianne Lundahl, Kristofer Zetterqvist, Sara Isling, Johan Holmberg

Nätverk:

Studerandenätverket
(kontaktperson: Amira Hentati)

Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:

Per Carlbring, Maria Tillfors,
Gerhard Andersson
Biträdande red CBT:
Michael J. Zvolensky,
R. Nicholas Carleton

Psykologpartners utbildningar våren 2017

Specialistutbildning i Positivt beteendestöd (PBS)

Stockholm den 8-9 mars, 5-6 april och 4 maj

Specialistutbildning i Acceptance & Commitment Therapy (ACT)

Göteborg den 8-10 maj, 29-31 maj och 14 juni

KBT och inre beteenden - En workshop om att arbeta med ältande

Umeå den 24 mars

Emotionsexponering i KBT - En workshop om att arbeta med känsloundvikande

Umeå den 24 april

KBT med barn och ungdomar

Göteborg den 16 mars

Att mötas i samtal med människor från andra kulturer - interkulturell medvetenhet

Stockholm den 12 april

Integrative Behavior Couples Therapy (IBCT)

Linköping den 8-10 maj

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre delar

Del 1: Inlärningsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT

Göteborg den 13-14 och 27-28 mars

Stockholm den 2-3 och 11-12 maj

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning

Stockholm 15-16 mars

Göteborg den 8-9 juni

Del 3: Färdighetsträning i ACT

Stockholm den 16-18 maj

Malmö den 29-30 augusti

Grundutbildningar i Motiverande samtal, MI

Stockholm den 1-2 mars och 27 april

Malmö den 24-25 april och 2 juni

Linköping den 27-28 april och 8 juni

Fortsättningsutbildning i Motiverande samtal, MI

Stockholm den 23-24 augusti och 26 oktober

Våra aktuella utbildningar uppdateras regelbundet. För mer information om dem se vår hemsida www.psykologpartners.se/utbildningar



psykologpartners