

# Beteende terapeuter

Årskongressen i  
Uppsala 2013

Att göra skillnad  
– från forskning till implementering



**Min syn på** – Tatja Hirvikoski om neuropsykiatri och KBT  
**En djupdykning i EABCT:** Björn Paxling rapporterar från Marrakesh  
Till minne av **Nathan Azrin**

# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare

Liv Larsson  
Johan Westöö  
Michaela Johansson

## Styrelsen

Björn Paxling, ordförande  
*bjorn.paxling@gmail.com*  
Maria Gustavsson, medlemssekreterare  
*btf.medlemssekreterare@gmail.com*

Olof Johansson, kassör  
*johanssonolof@gmail.com*

## Övriga ledamöter

Gösta Liljeholm  
*gosta.liljeholm@gmail.com*  
Torun Kallings  
*torunkallings@gmail.com*  
Andreas Karlsson  
*andreas.karlsson@miun.se*  
Alexandra Arnberg  
*alexandra.arnberg@momentpsykologi.se*  
Maria Lagerlöf  
*maria.lagerlof.kz@gmail.com*  
Li Wolf  
*li.wolf@neurokbtgbg.se*  
Margareta Bylund-Andersson  
*margareta.bylund-andersson@sll.se*  
Diana Fabian  
*diana.fabian@kbtvast.se*  
Ljufur Dagsson  
*ljufurdagsson@hotmail.com*  
Matilda Larsson  
*matilda.b.larsson@gmail.com*  
Graciela Rovner, adjungerad  
*graciela.rovner@neuro.gu.se*

## Redaktionellt

I Beteendeterapeutens vårnummer rapporterar vi som vanligt från årskongressen, som i år ägde rum i Uppsala med temat "Att göra skillnad. Från forskning till implementering". Ett område som uppmärksammades i flera programpunkter var korttidsinterventioner, främst förstås i David Clarks workshop om IAPT. Är Sverige redo för något liknande? Läs mer i rapporten från workshopen med efterföljande paneldebatt. Vi presenterar också BTF:s nya styrelse och årets BTF-pristagare.

Detta nummer innehåller en längre text om EABCT som tar sin utgångspunkt i det senaste representantmötet i Marrakesh. BTF:s ordförande Björn Paxling gör en rejäl insats för att informera och försöka intressera oss svenska KBT:are för det europeiska KBT-samarbetet inför satsningen på EABCT2016 i Stockholm.

I Min Syn på stiftar vi närmare bekantskap med psykolog Tatja Hirvikoski, kliniker och forskare inom det neuropsykiatriska fältet. Beteendeterapeuten har också intervjuat psykolog Maria Bragesjö med anledning av att hon som första svensk blivit "certified supervisor" i prolonged exposure (PE). Och så är "På västfronten" äntligen tillbaka – welcome back!

På återseende i höst!

## Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

Årskongressen i Uppsala – om att göra skillnad.....	4
Bättre självkänsla med KBT.....	8
David Clark: Så ger vi effektiv vård till folket.....	10
Här är årets BTF-pristagare!.....	14
Hallå pristagare!.....	16
Tack för årets årsmöte.....	17
En djupdykning i EABCT.....	18
Till minne av Nathan Azrin.....	26
Hallå där! Maria Bragesjö.....	28
Min syn på – Tatja Hirvikoski om neuropsykiatri och KBT.....	30
Notiser.....	34
Krönika: På västfronten en massa nytt.....	35
Anteckning nr 7: Den psykoterapeutiska relationen...36	
Styrelsesidor.....	38

**Manusstopp för nästa nummer:** 10 augusti 2013

Bidrag skickas till: [marvellette@hotmail.com](mailto:marvellette@hotmail.com)

Textformat: Word/RTF

**Omslag:** Foto: Anders Görling

**Tryck och repro:** Trydells Tryckeri AB

**Redigering och layout:** Emma Olevik

# Ledare:

## Vi tävlar alla om att bedriva den bästa vården

Så var då årskongressen i Uppsala över och BTF har påbörjat ännu ett nytt spännande verksamhetsår, det 43:e i ordningen! Från styrelsens håll fanns ett stort lugn inför årskongressen, vi resonerade att ”det här fixar Uppsalagänget bra, de har ju gjort det många gånger förut”. Men, som en av årsmötesgruppens deltagare uttryckte det, så är ju själva arbetsgruppen ny varje gång de arrangerar ett BTF-möte, och för många som arbetar i gruppen är det första kongressen de är med om att ordna. Huruvida det var samlad erfarenhet i gruppen eller nytänkande och framåtanda som gjorde dagarna så fantastiska kan jag inte riktigt utröna nu, men jag vet många som håller med om att det var ett riktigt lyckat arrangemang som gör det ännu lite roligare att gå tillbaka till arbetsvardagen igen! För egen del är jag särskilt glad över att årsmötet i en andra omröstning godkände förslaget om stadgeändring så att föreningen från 2014 kommer ha en fast studeranderepresentant i styrelsen!

Årsmötet bar med sig en stor avgång i styrelsen, mer än hälften av ledamöterna gör nu sitt första år i styrelsen. Under verksamhetsårets första veckor arbetar vi med att fördela ansvarsområden, samt att låta alla nya visioner och målbilder för styrelsearbetet ta plats. Inom styrelsen gläds vi också åt den stora geografiska spridningen i landet som vi har, här har valberedningen gjort ett mycket gott arbete!

Under årskongressen fick jag ett samtal återberättat för mig där psykologstudenter diskuterat BTF. En av studenterna som inte kände till föreningen undrade vad den handlade om, och efter att ha fått svaret att ”BTF arbetar för att sprida och värna beteendeterapi och KBT” utbrast hen ”Varför då, varför behövs det?”. Uttalandet kan ses som en indikator på att KBT:ns positioner flyttats fram ordentligt i samhället, studenter behöver inte kriga lika mycket för att få KBT-handledning, behandlare blir inte hatade på sina arbetsplatser och så vidare. Eller, lever studenterna i en skyddad värld där motståndet mot KBT inte är så framträdande som ute i yrkeslivet? Oavsett vilket så är det viktigt att BTF fortsätter att se över och uppdaterar sina fokusområden och sin image. En del av våra medlemmar som varit med lite längre har en lojalitet gentemot BTF som gör mig riktigt varm i hjärtat, de beskriver sin relation till föreningen på liknande sätt som en del professionella idrottare hänvisar till sin första klubb, som något de

fostrades inom och som de känner en djup tacksamhet gentemot. Allteftersom utbildningsverksamheten i BTF blivit en allt mindre central del av vår verksamhet så tror jag att vi kommer se färre medlemmar som har den typen av anknytning till föreningen, och det blir viktigt att vi inte vilar för mycket på gamla meriter. Samtidigt så har vi många nya medlemmar och många unga personer som vill engagera sig och arbeta för föreningen, så hittills tycker jag att BTF hanterat denna omställning på ett fint sätt.

För några veckor sedan hade jag förmånen att hålla i en heldagsundervisning om psykoterapiforskning på en KBT-utbildning för psykodynamiker. Jag kunde glädjas åt konstruktiva diskussioner och att få nya perspektiv på frågor som intresserar mig mycket, men jag kunde också känna sorg när jag fick höra beskrivningar av hur flera av dessa personer ibland behandlas på sina arbetsplatser. Hälsoekonomikern i mig blir också förskräckt av hur värdfloppet ser ut på vissa mottagningar, som enheten där varje patient som fått en psykodynamisk behandling erbjuds en KBT-behandling efteråt oavsett utfallet i den psykodynamiska behandlingen! Här tror jag att vi KBT:are kan göra en god insats i att verka

**Vi KBT:are kan göra en god insats i att verka för god evidensbaserad vård även om det inte enbart är KBT vi talar för.**

för god evidensbaserad vård även om det inte enbart är KBT vi talar för. Som jag och Poul Perris från sfKBT uttryckte det när vi öppnade KBT-dagarna i höstas, vi ser det inte som att ett terapikrig pågår, utan snarare en terapiolympiad där vi alla tävlar om att bedriva den bästa vården utifrån givna regler. Ser vi då några medtävlare som blir felaktigt behandlade av domarna så anser jag att det är vår plikt att åtminstone påtala det felaktiga. Om vi kan arbeta för god KBT samtidigt som vi visar förståelse för och tar hänsyn till hur företrädare för andra psykoterapiinriktningar så är jag övertygad om att det gagnar både BTF och psykoterapisverige i stort. Jag avslutar denna krönika med ett citat från PTP-psykologen Niels Eék som skrev till mig att: ”BTF ger mig energin att orka försöka ännu hårdare som psykolog och i framtiden att forska.” Bättre omdöme kan väl en förening knappast få?

**Björn Paxling**  
Ordförande

Beteendeterapeutiska föreningen



# Årskongressen i Uppsala

## – om att göra skillnad

**BTF:s årskongress gick av stapeln i Uppsala 21-23 mars. Årets tema var "Att göra skillnad. Från forskning till implementering". Åhörarna bjöds på workshops och presentationer om en rad intressanta ämnen som låg självkänsla, hälsoångest, sorg, PTSD, socialt ångestsyndrom, korttidsinterventioner och handledning. Beteendeterapeuten var på plats och rapporterar från några av programpunkterna.**

Text: Anna Eriksson  
Foto: Anders Görling

På fredagseftermiddagen höll Freda McManus en halvdagsworkshop om Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) vid hälsoångest, en åkomma som ungefär 5% av befolkningen besväras av. Det rör sig om ett spektrum, från personer som är nästan helt övertygade om att de har en kroppslig sjukdom till de som har god insikt i att oron är överdriven. Likheter med andra tillstånd finns, bland annat flera ångestsyndrom. Dessutom har många med hälsoångest haft - eller har fortfarande - kroppsliga sjukdomar. Det kan vara svårt för behandlaren att avgöra om oron är överdriven, om hen inte har

koll på sjukdomen i fråga. I sådana fall är det bra att samarbeta med läkare.

Freda McManus påpekade att hälsoångest faktiskt är ett fullt begripligt fenomen, för vad vore värre än att ha en allvarlig sjukdom utan att märka det i tid? Dock framkallar människor med hälsoångest ofta en känsla av irritation hos oss. Kanske beror det på att de väcker tankar om att man kan bli sjuk och dö, vilket är ett obehagligt område för de flesta.

McManus gick igenom definitioner av hälsoångest samt vad som vidmakthåller problematiken. Ofta finns flera sådana faktorer, inte minst olika slags

### Hur kan MBCT tänkas vara till hjälp vid behandling av hälsoångest?

undvikanden och upptagenhet av kroppsliga symtom.

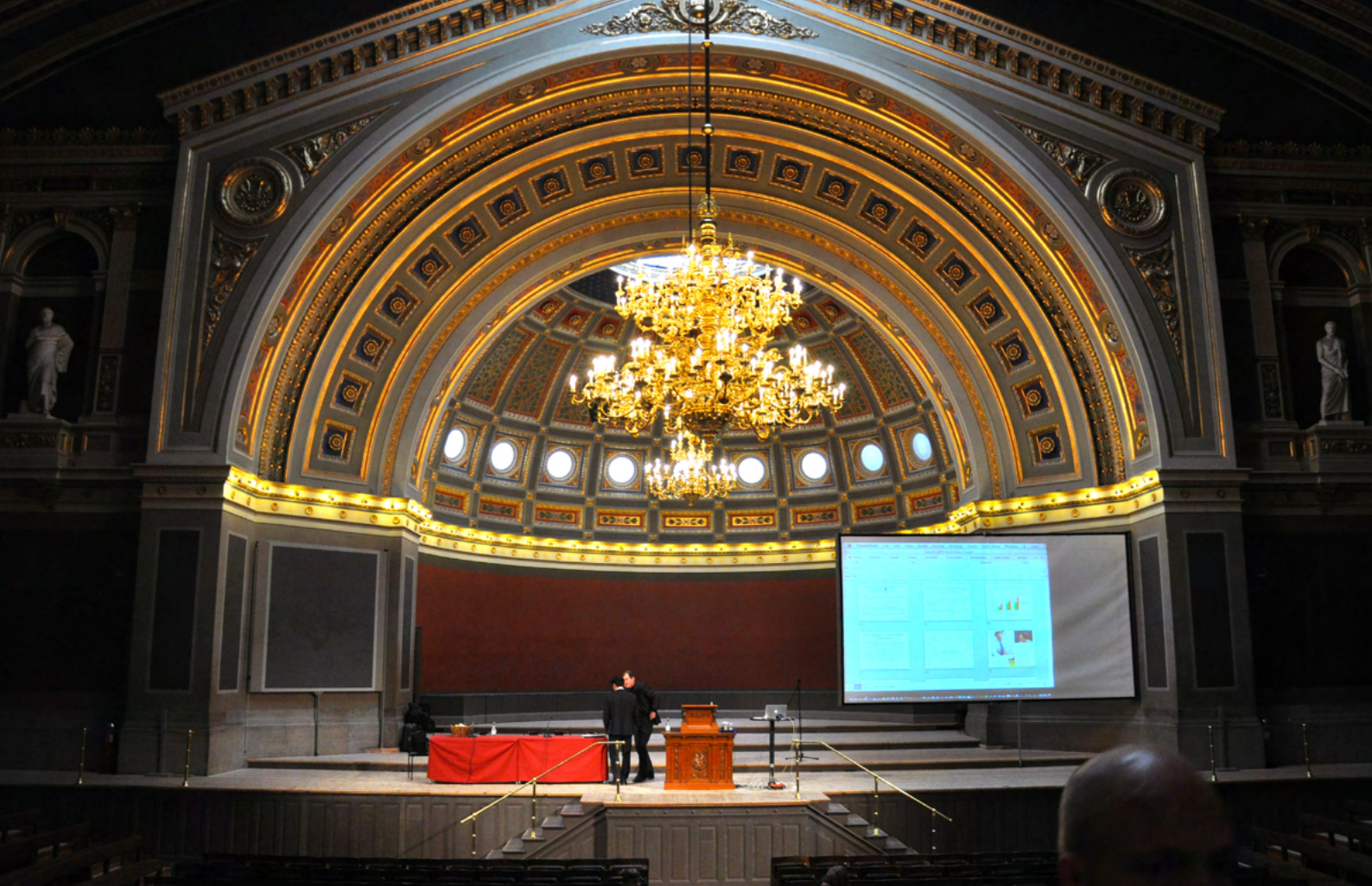
MBCT har visat sig effektivt för att minska risk för återfall i depression hos personer som haft tre eller flera depressiva episoder (Teasdale, Segal, Williams et al 2000; Ma & Teasdale 2004 (två eller fler episoder)). Men hur kan MBCT tänkas vara till hjälp vid behandling av hälsoångest? Det finns en del likheter med depression, inte minst grubblande. Ofta har patienterna svårt att vara närvarande, de oroar sig för framtiden snarare än att vara här och nu. McManus och kollegor bestämde sig för att undersöka den möjliga nyttan i en studie.

MBCT är annorlunda än sedvanlig KBT i det att man förhåller sig något annorlunda till mentala processer. Arbetet med negativa tankar handlar inte om att nyansera dem, utan snarare om att se dem just som tankar. I behandlingen ingår övningar i medveten närvaro. Många deltagare upplevde vissa övningar som obehagliga, t ex bodyscan. Kanske är det just de övningarna som är mest hjälpsamma? Risken med mer aktiva övningar är att de blir ett slags undvikande. McManus noterade också att det var svårt att få deltagarna i studien att göra hemuppgifter. Många beskrev att det var svårt att få tid till det. En förklaring kan vara att en mycket aktiv livsstil är ett sätt att undvika obehag.

Resultaten av studien visade en måttlig signifikant effekt på hälsoångest, och flera deltagare beskrev att det blev lättare för dem att tolerera ångest/obehag. Det har dock visat sig svårt att implementera behandlingen i den kliniska vardagen. När McManus med kollegor höll en workshop för kliniker fanns ett stort intresse, men bara ett fåtal av de deltagande startade grupper. Vid utvärdering visade det sig att de patienter som deltagit i grupperna hade olika slags problem – vissa hade inte alls hälsoångest. Utfallsmått saknades på flera håll. McManus avrundar med att forskargruppen lärde sig mycket om hur man inte ska göra en "dissemination



Freda McManus höll två uppskattade workshops under kongressen, en om MBCT vid hälsoångest, och en om KBT vid låg självkänsla.



*Ata Ghaderi och David Clark i samspråk i universitetsbusets aula.*

study”. Således finns ännu ingen evidens för denna typ av behandling.

Lördagen inleddes med en presentation om sorg av Ludmilla Rosengren. Hon beskrev att alla drabbas av sorg någon gång, och det är viktigt att kunna prata öppet om detta. Sorg är något individuellt som kan ta olika lång tid – ibland talas det om sex månader, ibland om ett ”sorgeår”. Vid självmord tar sorgen längre tid, det finns ofta en upplevelse av skuld i kombination med frågan ”varför”? I Sverige tar 1500 personer livet av sig varje år, det motsvarar tre tsunamis. När man förlorat ett barn tar sorgprocessen minst tre till fem år. Att förlora en närstående i suicid ger en särskilt svår sorgprocess. Samhällets syn och bemötande brister – det finns rädslor, osäkerhet, okunskap och tabun. Vid plötsliga traumatiska dödsfall, suicid och förlust av ett barn kan man drabbas av komplicerad sorg, vilket innebär att sorgen inte minskar med tiden eller att professionella insatser krävs under lång tid. Utmärkande för komplicerad

## **Sorg innebär en långvarig stressreaktion och är mer fysiskt än de flesta av oss tror.**

sorg är bland annat stora anpassningsbesvär, depressiva reaktioner, kraftiga känslöförändringar, suicidalitet samt starka skuldkänslor och självförebärser. Sorg innebär en långvarig stressreaktion och är mer fysiskt än de flesta av oss tror. Även om det inte är någon sjukdom kan sorg ge en kraftig nedsättning av arbetsförmågan under många år.

Ludmilla Rosengren har gjort en studie om föräldrar som förlorat ett barn i självmord. Syftet var att få fram ett underlag för vårdprogram och riktlinjer för professionella för bemötande av sörjande. Resultaten visade att föräldrarna löper hög risk att hamna i komplicerad sorg, och att det är viktigt med hjälp på tidigt stadium. Denna bör vara omedelbar och uppsökande eftersom man själv inte orkar ta initiativ, och hjälp bör erbjudas vid upprepade tillfällen. Förhållningssättet vid insatser kan med fördel bygga på medveten närvaro och acceptans. Man behöver ”både sörja och gå vidare samtidigt”. Att bearbeta det inträffade är viktigt och kan göras tillsammans med andra.

Stegvis exponering i lagom mängd bör också ingå. Det är viktigt att den sörjande skapar nya, positiva minnen.

Filip Arnberg presenterade en ”lat-hund” i KBT för PTSD. Varför drabbas vissa personer som varit med om traumatiska händelser av PTSD? Det finns inget enkelt svar på frågan. Man vet att de flesta pratar om det inträffade efteråt, vilket kan vara till hjälp för att bringa någon slags ordning. Det är dock inte fullt så enkelt. Så kallad ”debriefing” har inte visat sig verksamt i kontrollerade studier, det minskar inte risken för PTSD och kan till och med vara skadligt. Man vet inte riktigt varför det inte fungerar, men en hypotes är att det ”sjukliggör” personen och befäster traumat. Den som fått debriefing kan dessutom uppleva att hen redan fått hjälp, och undviker därför att söka annan behandling.

Filip Arnberg betonade vikten av att skilja på stöd och behandling. Psykosociala interventioner efter allvarliga händelser kan omfatta information, praktisk hjälp, socialt och emotionellt stöd - en ”psykologisk första hjälp”. Det är viktigt att inte hamna i en rädsla för att göra något alls. De akuta insatserna bör främja individens egen förmåga till



I pauserna fanns möjlighet att undersöka utbudet vid bokborden från Cognitus, Natur & Kultur samt Studentlitteratur.

återhämtning. KBT kan vara rimligt i ett tidigt skede om en traumatiserad person lider avsevärt och reaktionerna bedöms komma att inverka negativt på prognosen. Vid etablerade problem finns flera effektiva behandlingar för PTSD. Gott forskningsstöd finns för PE (Foa), Cognitive Therapy (Ehlers) och Cognitive Processing Therapy (Resick). Ytterligare några metoder verkar lovande, men behöver utvärderas mer. Filip Arnberg beskrev PE som ”den minst använda mest effektiva behandlingen”. Mellan 55% och 80% av patienterna blir förbättrade av traumafokuserad KBT.

Vilka kliniska överväganden kan man behöva göra vid behandling av PTSD? Enligt Filip Arnberg är det mesta OK. Samsjuklighet i form av depression är mycket vanligt och utgör inget hinder. Dissociation, suicidalitet och emotionell instabilitet behöver givetvis beaktas på sedvanligt sätt, men är inte heller hinder för behandling. Missbruk kan försvåra behandlingen och mer forskning behövs på det området. Filip Arnberg nämnde också att det kan vara en bra idé att intensifiera behandlingen genom att förlägga två-tre sessioner per vecka i stället för en.

Ulf Jonsson och Knut Sundell från SBU och Socialstyrelsen informerade om biverkningar av psykologisk

behandling. De gav exempel på sådan som inte bara varit verkningslös utan direkt skadlig, såsom Bennett och Brauns ”avprogrammeringsterapi” och Clines och Zaslows attachment-terapi med inslagen ”holding” och ”rebirthing” som lett till dödsfall. Man bör komma ihåg att en ineffektiv behandling kan vara skadlig i det att den hindrar personen från att delta i en effektiv behandling, eller gör att hen skjuter upp att söka sådan. Det är inte alltid bättre att göra någonting än att inte göra något alls.

Ulf Jonsson berättade om hur risker/biverkningar/oönskade effekter rapporteras i forskning. Han påpekade bland annat att ”No adverse events reported” inte är samma sak som ”Adverse events were not reported”, samt att om man inte frågat efter något så kan man inte veta. Att undersöka ”adverse events” i en studie innebär extra arbete för forskaren, men det kan det vara värt. I en litteraturöversikt från 2010 om psykologisk behandling vid sjukdomar och relaterade hälsotillstånd ingick 295 studier, varav 155 handlade primärt om psykiatriska diagnoser. Dokumentationen om ”harm” var mycket bristfällig – bara fem studier hade ett tydligt avsnitt om ”adverse events” i resultatdelen, och 116 studier saknade helt information om ”harm”.

Hur kan vi då gå vidare? Ulf Jonsson och Knut Sundell förutspådde att det kommer att krävas rapportering framgent, så att sticka huvudet i sanden är ingen lösning. Det är viktigt att definiera vad ”oönskade effekter av psykologisk behandling” är, och hur det ska mätas och rapporteras i studier och i klinisk vardag. Man behöver undersöka hur befintlig vetenskaplig kunskap på området kan sammanställas. Det är också viktigt att försöka stävja publiceringsbias. Knut Sundell framhöll så kallat ”delat beslutsfattande”, där patienten ges transparent information om olika behandlingsalternativ, som en etiskt hållbar valmöjlighet.

På lördagseftermiddagen berättade Thomas Gustafsson och Erik Hjalmarsson om fokuserad ACT. Det beskrevs som en avskalad form av ACT, där man skapar kraftfulla konceptualiseringar på 10-15 min och intervenerar och planerar för förändring under 10-15 min. Ofta är upplägget sådant att man träffas mellan en och fyra gånger. Tanken är att hantera sessionen som den enda man har att spela på. Terapeuten inleder med att introducera sig själv för klienten och fortsätter med att gå igenom följande områden: snapshots av livet i stort, ”love work play”, hur problemet uppkommit och utvecklats över tid, omramning av problemet, fokusfrågor och förändringsplan. Erik Hjalmarsson och en åskådare illustrerade det hela föredömligt i ett rollspel.

Konceptualiseringen syftar till att ge en bild av klientens önskade riktning, kartlägga förutsättningar för förändring samt hinder, regler och färdigheter, undersöka vad klienten redan har försökt samt att öka klientens motivation till förändring. Hur vet man om interventionen kommer att lyckas? Det beror till stor del på klientens öppenhet, närvaro och engagemang. Vid fokuserad ACT är det viktigt att hitta ”den högsta tröskeln” klienten är villig att gå över, samt att hitta någon form av positiv förstärkning av beteendet. Den som arbetar på detta sätt får en annan roll än den som ”vanlig” psykolog och blir mer som en husläkare. Thomas Gustafsson betonade att fokuserad ACT inte är ”i stället för” psykologisk behandling, utan ska snarare ses som ett komplement.

\*



*Björn Paxling minglade med Lars-Göran Öst under en fikapaus.*



*Tre glada styrelsemedlemmar: Torun Kallings, Jens Högström samt Olof Johansson.*



*Erik Hjalmarsson, Johan Wetterlöv och Håkan Wisung.*



*Tomas Furmark frågade sig om kombinationen KBT och SSRI skulle kunna vara "da shit".*



*Den enorma salen i Universitetshuset gav en pampig inramning till både föreläsningar och årsmötesförhandlingar.*

# Bättre självkänsla med KBT

**De som deltog i Freda McManus workshop under årskongressen fick en grundlig redogörelse för hur man med hjälp av KBT kan komma till rätta med låg självkänsla.**

Text: Johan Westöö

Foto: Anders Görling

En av kongressens internationella gäster var Freda McManus, psykolog och rektor för The Oxford Cognitive Therapy Centre. Hon driver också Oxforduniversitetets forskarutbildning i kognitiv terapi och arbetar deltid med forskning vid universitetets institution för psykiatri. Som delaktig i David Clarks och Anke Ehlers forskargrupp har hon en bred erfarenhet av att utveckla och utvärdera KBT för ångeststörningar. Hon har nyligen fått anslag för att bedriva experimentella studier och randomiserade prövningar för att utvärdera KBT och MBCT (mindfulness-based CBT) för låg självkänsla och svår hälsoångest. Freda McManus har publicerat många artiklar i både klinisk och akademisk litteratur inom KBT för ångeststörningar och om utbildning i KBT.

McManus höll en spännande workshop på temat låg självkänsla, ett intressant område och framför allt något som patienter ofta nämner och hänvisar till som en delförklaring till sitt dåliga mående. Inledningsvis definierades låg självkänsla som en kognitiv representation av självet, ett schema. Vanliga teman är tankar om att man saknar positiva egenskaper och dessutom har negativa egenskaper. Det är inlärda mönster som påverkar framtida informationsprocessande och beteende och vidmakthålls därigenom, vilket gör att de kan vara svåra att ändra. Deltagarna fick en grundlig genomgång av behandlingsmodellen med hjälp av illustrativa fall exempel och videoklipp, och fick pröva att göra konceptualiseringar i rollspel.

Låg självkänsla är inte någon diagnos som står på egna ben. Likväl är det

vanligt förekommande vid många diagnoser, och det utgör en sårbarhetsfaktor som kan innebära sämre utfall vid behandling av annan problematik, till exempel depression. En låg självkänsla kan också innebära att man presterar sämre i arbete eller studier, och i undersökningar har man sett att det finns en koppling mellan låg självkänsla och lägre inkomster i befolkningen. Det rör sig alltså om ett vanligt problem som både orsakar lidande i sig självt och som kan vara en följd av andra tillstånd, samtidigt som det ofta bidrar till uppkomst och vidmakthållande av många psykiska problem. Därför är det av intresse att försöka utveckla effektiv behandling som kan användas transdiagnostiskt.

McManus presenterade en modell för uppkomst och vidmakthållande av låg självkänsla som utgår från generell KBT-konceptualisering, där man tänker sig att tidiga erfarenheter ofta lägger grunden för schema/grundantaganden om sig själv och omvärlden. Kärnan i detta sammanfattas som "The Bottom Line" (t ex jag är inte omtyckt, jag är inte kompetent). För att hantera detta utvecklar personen livsregler eller strategier som att hålla distans till andra, exempelvis att kämpa mycket hårt eller vara perfektionist, eller ge upp och inte försöka åstadkomma mycket i livet.

När personen hamnar i vad McManus kallar för "Trigger Situations" aktiveras "The Bottom Line". Exempel på sådana situationer kan vara att man börjar ett nytt arbete, separerar eller blir arbetslös. Då riskerar livsreglerna att brytas eller så kan de inte upprätthållas längre. Om de riskerar att brytas är det störst sannolikhet att ångestbesvär blir

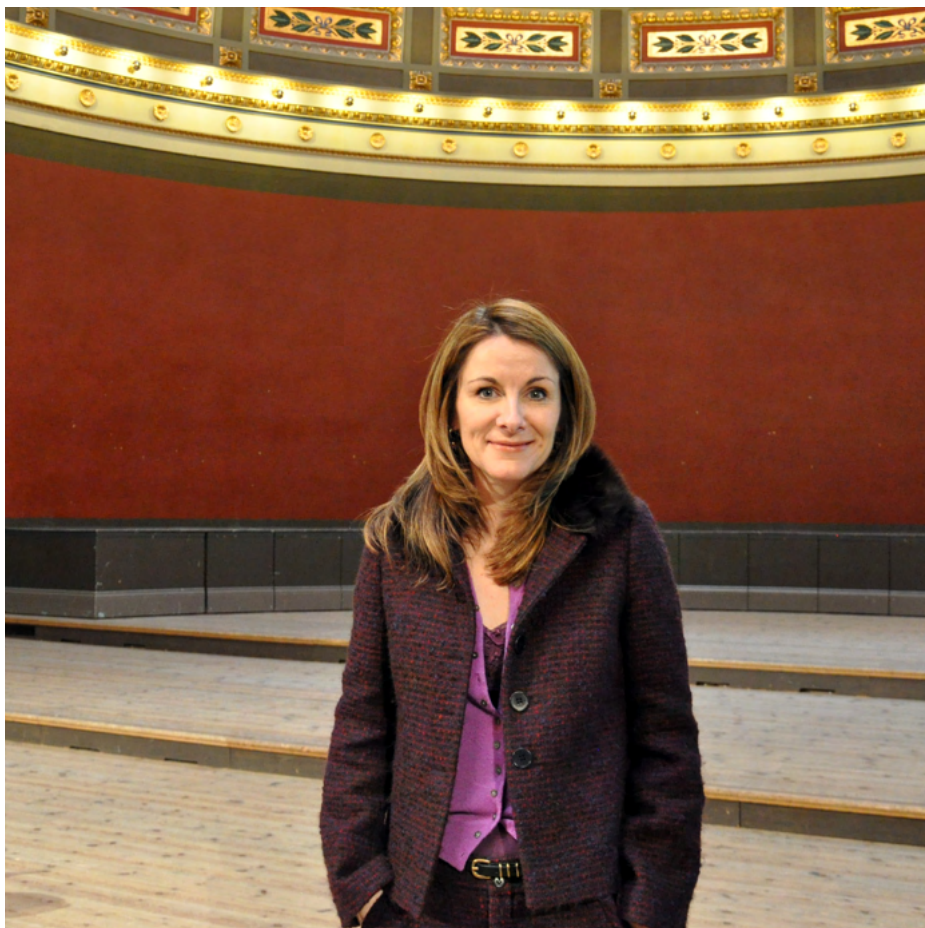
mer uttalade. Om de bryts är det risk att depressiva besvär utvecklas. Dessa två vägar (att de faktiskt bryts respektive att de kanske kommer att brytas) illustreras som två olika vidmakthållandecirklar. I ångestcirkeln spelar förväntansångest, säkerhetsbeteenden och undvikanden roller för vidmakthållande. I depressionscirkeln är självkritiskt tänkande och hopplöshetskänslor mer framträdande.

Konceptualiseringen syftar till att både öka förståelse och insikt och att hitta områden för interventioner för att motverka självkritik, undvikanden och för att höja aktivitetsnivå vid depression. Detta görs bland annat med beteendeeperiment, situationsanalyser av negativa tankar och beteendeaktivering. Konceptualiseringen måste vara kollaborativ och ska skrivas ned i sessioner tillsammans med patienten. Det är också viktigt att patienten kan ta till sig modellen och tycker att den verkar rimlig. Eftersom det är en ganska omfattande och komplicerad modell är det viktigt att använda patientens specifika exempel och att revidera om något inte passar in riktigt.

Kognitiv terapi mot låg självkänsla integrerar metoder från evidensbaserad behandling av ångest och depression med tekniker hämtade från schematerapi, så att fokus i terapin är både aktuella symtom och mer genomgående övergripande mönster gällande självbilden. Målet med behandlingen är att patienten ska få en mer balanserad syn på sig själv och kunna se sig själv som en person med både styrkor och svagheter. För att få en bättre balans behöver man öka den positiva bilden och minska den negativa. Alla interventioner har som genomgående mål att motverka vanemässiga negativa tolkningar som vidmakthåller den låga självkänslan. Man arbetar med att förändra patientens perception, som ofta karaktäriseras av stort fokus på information

**Låg självkänsla är inte någon diagnos som står på egna ben. Likväl är det vanligt förekommande vid många diagnoser.**





*Freda McManus var en av kongressens internationella gästföreläsare.*

som går i linje med låg självkänsla. Ofta uppmärksammar patienten inte information som går emot den låga självkänslan. När det gäller tolkningar arbetar man på motsvarande sätt för att luckra upp förutfattade meningar som går i linje med att hänföra det mesta som händer patienten till den negativa självbilden.

Behandlingen startar med bedömning och konceptualisering. Sedan börjar man arbeta med symtom och vidmakthållandefaktorer via tekniker som ifrågasättande av negativa tankar, beteendeeexperiment och aktivitetsscheman. Viktigt vid inledningen av behandlingen är "Ground Work", som går ut på att lära patienten metakognitiv medvetenhet. Det är en utgångspunkt för att patienten ska kunna ta ett steg tillbaka från sig själv och betrakta tankar, livsregler och scheman som hypoteser och fenomen snarare än sanningar. Man kommer sedan in på metoder som syftar till att identifiera och omformulera livsregler och att ifrågasätta "The Bottom Line", varefter man börjar omformulera och stärka en ny "Bottom Line". Man arbetar också med att undersöka och omtolka de tidiga erfarenheterna som bidragit till att forma den låga självkänslan och använder imaginativa

tekniker. Avslutningsvis arbetar man med förberedelse inför framtiden och hur patienten ska hantera bakslag och återfall i negativa cirklar. Behandlingen vilar på två ben: att minska det negativa (negativa tankar, självkritik) och att öka det positiva genom att identifiera källor till en positiv självbild som patienten också har i någon mån (t ex vissa relationer och aktiviteter). Här kommer även beteendeaktivering in som ett sätt att höja frekvensen av positiva aktiviteter tillammans med registrering av positiva händelser som motvikt till negativt tänkande. Ytterligare sätt att påverka självkänslan är att arbeta med "Self Acceptance" enligt nyare modeller beskrivna av Paul Gilbert (Compassionate Mind Training), Padeskys Creating New Self, ACT och Mindfulness based cognitive therapy.

Det finns inte mycket utfallsdata gällande KBT för låg självkänsla men

McManus och hennes kollegor genomför en randomiserad studie för 22 patienter. Man har publicerat en preliminär utvärdering (2012) i Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry nr 43. Tidigare har det publicerats fallbeskrivningar av Fennel (1997; 2006), Chatterton et al (2007), McManus, Waite och Shafran (2009) samt några ansatser med gruppbehandling för specifika grupper med inlärningssvårigheter, psykoser och i rättspsykiatri. Den pågående studien har några lovande resultat i form av höjda poängsummer för formulär om självkänsla, sjunkande BDI- och BAI-värden samt höjning av mått på generell funktionsnivå.

McManus sammanfattande synpunkter var att KBT har mycket att erbjuda patienter med låg självkänsla och det finns lovande resultat för det upplägg på 10 sessioner som hon och hennes grupp arbetar med. Man har även sett att det är stor spridning bland patienterna när det gäller hur snabbt de svarar på behandlingen. Hon poängterade också att man behöver ha en "two prong attack" på problemet med självkänsla; att börja med grundläggande arbete "Ground Work" för att sedan gå vidare med att minska det negativa och öka det positiva i patientens tankar och beteenden relaterade till självkänslan.

**Målet med behandlingen är att patienten ska få en mer balanserad syn på sig själv och kunna se sig själv som en person med både styrkor och svagheter.**

En nyckelfaktor för både patient och behandlare är att ha ett öppet sinne, nyfikenhet och villighet att experimentera. Det är också viktigt att ha en "anti-achievement attitude" för att motverka perfektionism och uppmuntra självacceptans utan krav på prestationer. Evidensbaserade KBT-protokoll kan med fördel kombineras

med schemabaserat arbete och arbete med grundantaganden. Man arbetar transdiagnostiskt och med samsjukligheten i och med att flertalet patienter har samtidig depression eller ångestproblematik. Det kan också vara bra att utöka sin repertoar av KBT-färdigheter som behandlare med de "nyare" metoderna och modellerna inom mindfulness based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy och compassion focussed work.

# David Clark: Så ger vi effektiv vård till folket!

**David Clark har lyckats med konststycket att övertyga politikerna om vikten av att föra ut psykologisk behandling på bred front till befolkningen i Storbritannien. På årskongressen berättade han hur projektet föddes och om vilka resultat som uppnåts.**

Text: Johan Westöö  
Foto: Anders Görling

David Clark, en av de stora världsprofilerna inom KBT, höll en intressant och faktsäckad workshop om det stora projektet Improving Access to Psychological Therapies, IAPT. Det är ett nationellt projekt i Storbritannien som syftar till att föra ut evidensbaserad psykologisk behandling på bred front till befolkningen. Professor Clark berättade om hur projektet kom till och hur det har byggts upp med uppstart i pilotform, och hur man utgått från NICE guidelines när man planerade behandlingsutbudet. Han berättade om

hur man får bra utfallsdata i behandlingarna och hur utbildnings- och handledningsbehovet tillgodoses inom projektet. Vi fick också höra lite om hur denna stora satsning fallit ut hittills.

NICE är en myndighet motsvarande SBU i Sverige. Förkortningen står för National Institute of Clinical Evidence. NICE genomför forskningsgenomgångar för att fastställa vad som kan räknas som evidensbaserade behandlingar för olika tillstånd. De fastställer också riktlinjer för hur olika tillstånd

ska behandlas enligt evidensprinciper. 2004 publicerade NICE riktlinjer för behandling av psykologisk problematik, och det blev tydligt att de behandlingar som är bevisat effektiva tyvärr inte når tillräckligt många som har behov av dem. Clark berättade att han mer eller mindre av en slump kom att tala med en man vid namn Layard som är ekonom och de började diskutera vård och behandling av psykiska besvär i samband med samhällsekonomi och folkhälsa. Detta ledde till att de skrev ett paper som ett första steg mot att formulera en plan för att föra ut effektiv vård till befolkningen. Ekonomen hade viktiga politiska kontakter vilket var en förutsättning för att ha en chans att få politiker att vilja satsa på detta. Clark berättade att projektgruppen hade lyckats med att föra ut information i media kring psykiska besvär (särskilt depression) och vad det kostar i samhället ungefär samtidigt som det var val i England, och en politiker hade hört talas om projektet och ville satsa på det. Han menade att det var både tur och skicklighet som bidrog till att IAPT kom igång på det sätt som skedde.

Clark presenterade några av de goda argument som finns för ett projekt som IAPT, både vad gäller möjligheten att höja livskvalitet för en stor grupp

*Många ville lyssna.*





David Clark höll en uppskattad workshop som följdes av en paneldebatt där svenska forskare och kliniker diskuterade med Clark.

människor och samtidigt använda ekonomiska resurser på ett effektivt sätt i behandlingen av psykisk ohälsa. Han sa att mycket av fokus i den psykiatriska vården har hittills legat på psykosvård trots att bara 1 procent av befolkningen lider av sådan problematik, samtidigt som sex miljoner i Storbritannien lider av depression och ångest. Kostnaden för denna ohälsa uppskattas till 17 miljarder pund (!). Forskningen har som sagt visat att det finns effektiva psykologiska behandlingar men den når bara cirka 5 procent av patienterna. Enkätundersökningar har visat att patienterna föredrar psykologisk behandling framför medicin i förhållandet 2:1. Projektgruppens kalkyler visade att man skulle göra en samhällsekonomisk vinst genom att satsa på psykologiska behandlingar som når ut på bred front. Med dessa budskap lyckades man övertyga politiker att satsa, i första hand på en pilotomgång och sedan även på ett fullskaligt projekt som löper över sju år.

Man började med några ”pilotmottagningar” för att prova modellen. Tanken är att ha en hög tillgänglighet genom

lokala mottagningar för patienterna. Man ville dock inte att de skulle inrymmas i befintliga vårdinrättningar, för att undvika att gamla traditioner och kultur påverkar behandlarna så att det blir svårare att bedriva behandlingen på ett radikalt annorlunda sätt. Man utgår från en ”stepped care” modell som innebär att man har olika intensitetsnivå på behandlingarna, från vägledad självhjälp till manualstyrda behandlingar ledda av vårdpersonal utan psykolog-/terapeututbildning och den mest ”intensiva” formen individualterapi av psykoterapeuter med specialutbildning i respektive behandlingsform. Behandlingen ska inte vara någon generisk KBT utan det handlar om specifika behandlingsmodeller för specifika diagnoser av specialutbildade (i specifik behandlingsform för specifik diagnos) terapeuter. De behandlingar man satsar på för varje diagnos är de som NICE bedömt vara förstahandsval:

- Depression: Becks kognitiva terapi och Martells beteendeaktivering
- Paniksyndrom: Clarks eller Barlows behandlingsmodeller
- Social fobi: Clarks eller Heimbergs modell

- PTSD: Foas Prolonged exposure, Clark och Ehlers modell eller Resicks Cognitive processing.

Som ett tillägg till det psykoterapeutiska utbudet har mottagningarna rådgivare som arbetar med att stötta arbetslösa att komma in i arbetslivet. I linje med hög tillgänglighet har man valt att prova egenanmälan som en väg in till vården för patienterna. Utfallsmått och utfallsdata är viktigt i projektet och man har byggt in sessionsvisa skattningar från varje patient som en rutin. Denna idé har utvecklats ur en verksamhet som startade efter ett tragiskt bombattentat där man hade många traumaoffer som erbjöds terapi. Den verksamheten var uppbyggd så att man inte visste hur många gånger patienten skulle komma in för behandling och därför samlade man in skattningar efter varje session. Det har visat sig att det finns ett stort värde i det, eftersom man tappar mycket mindre data vid uppföljning. Inom IAPT har man använt PHQ-9 för depression, GAD-7 för ångest och GAD, SPIN för social fobi, OCI för tvångssyndrom, HAI för hälsoångest, PDSS för paniksyndrom och MI för agorafobi. På IAPT:s hemsida finns en ”data handbook” där man kan läsa mer om de mått som används. Resultaten från pilotmottagningarna visar att man tappat mycket lite data

## Det var både tur och skicklighet som bidrog till att IAPT kom igång på det sätt som skedde.

vid uppföljning. Man har skattningar från 99 procent av alla genomförda sessioner. Ett stort antal patienter har fått behandling och en stor andel har varit "low intensity" (självhjälp med stöd och manualbaserade program). Utfallen ligger i linje med vad NICE sammanställningar kommit fram till gällande vilken effekt man kan förvänta av de olika behandlingarna. De egenanmälda patienterna har varit lika "svåra" fall som de som kommit via remiss från husläkare (GP). Man har också sett att de som kommit via remiss haft sina besvär längre än de som sökt själva. Man ser inget samband mellan sökväg till terapi och utfall. Ett intressant fynd är att majoriteten av fallen som remitterades av läkare var vita, medan etniciteten hos de egenanmälda patienterna väl speglar den etniska mix som finns i samhället. Man har också sett att de patienter som fullföljde behandlingar hade bättre utfall än de som avslutades tidigare eller hoppade av. Patienterna som försvann i förtid

**En farhåga var att man skulle svämmas över av "för lätta" fall, men så har det inte blivit.**

hade ändå skattningar från varje session vilket gjorde det lättare att jämföra med de som genomförde behandlingarna. Pilotdelen är nu avslutad och man påbörjar ett sjuårigt nationellt program där man tränar 6000 terapeuter och startar mottagningar som följer NICE guidelines för behandling av psykiska besvär. Man har byggt upp en nationell studieplan för att utbilda behandlare i "låg-" och "höginintensitetsbehandling". Inför uppstart av mottagningar har man satsat mycket på marknadsföring eftersom man vill uppmuntra egenanmälan. En farhåga var att man skulle svämmas över av "för lätta" fall, men så har det inte blivit. Representanter från patientgrupper deltar i planering och genomförande av programmet via "user advisory groups". Man har både större vårdgivare och mindre sådana men alla arbetar i ett gemensamt IT-system så att man lätt kan följa varje patient och vårdprocess. Detta system är omedelbart tillgängligt för både terapeuter och handledare. Regelbunden

handledning är en mycket viktig del av behandlingarna. Man blandar grupper av behandlare vid mottagningar och i handledningsgrupper så att det finns både erfarna och nyutbildade behandlare i varje konstellation.

En utvärdering så här långt visar följande: i nuläget har man etablerat mottagningar i 98 procent av landet och man har sett en variation bland mottagningarna gällande utfall och i vilken utsträckning de har kommit in med fullständiga data från sina behandlingar. Sammantaget har data visat att 42 procent av patienterna blivit återställda men siffran varierar mellan 27 procent och 58 procent mellan olika mottagningar. Av de som räknas som återställda har 63 procent bedömts uppnått "reliable improvement". Ju högre poäng vid baslinjemätning av PHQ-9 och GAD-7, desto mindre sannolikhet är det att patienterna fyller kriterierna för "recovery", men samtidigt uppvisar de med höga poängsummor en större skillnad i poäng mellan för- och eftermätningar vid slutet av behandling. Man har sett att de patienter som börjat med lågintensiv behandling och gått upp ett steg till mer intensiv behandling

**Clarks råd till oss i Sverige var att man ska starta i liten skala med pilotmottagningar, kommunicera effektivt med politiker genom att tala deras språk och presentera forskning på ett lättförståeligt och medryckande sätt som passar in i politiska visioner.**



också uppvisat bättre utfall. De arbetslösa patienter som fått stöd av arbetslivsrådgivning hade i större utsträckning fått arbete. De patienter som fått fler sessioner hade också en högre nivå av "recovery". Antalet genomförda sessioner varierade mellan olika mottagningar. De egenanmälda patienterna hade lika stor problemtynghet som de remitterade men nådde "recovery" på färre sessioner. Behandlare med större erfarenhet visade ett något bättre utfall än de oerfarna behandlarna. Clark tycker att resultaten stöder IAPT:s modell som en effektiv insats, och att man också har nått en extra effekt genom att kombinera psykologisk behandling med arbetslivsrådgivning och stöd till arbetslösa att hitta arbete.

IAPT kommer nu också att satsa på att utveckla behandling för barn och för personer med långvariga somatiska problem samt somatiska problem utan någon medicinskt fastställd orsak. Man har även planer på att starta en liknande verksamhet för patienter med psykos och personlighetsstörningar där man bland annat fokuserar på att få in kompletta utfallsdata. Planeringen för det sistnämnda innefattar pilotstudier av

mentaliseringsbaserad terapi, schema-terapi, DBT och familjeterapi tillsammans med KBT för psykos.

Efter denna givande workshop hölls en paneldebatt med några svenska forskare och kliniker och David Clark. Clarks råd till oss i Sverige var att man ska starta i liten skala med pilotmottagningar, kommunicera effektivt med politiker genom att tala deras språk och presentera forskning på ett lättförståeligt och medryckande sätt som passar in i politiska visioner. Han menade också att samhället är redo för detta och att politiker nog tänker i delvis nya banor – man har blivit mer intresserad av hälsa och välmående som mått på framgångsrik samhällsutveckling och har inte längre bara fokus på BNP och hårda ekonomiska fakta. Clark menade också att det är viktigt att arbeta mot media för att sprida sitt budskap och att man gärna kan använda vittnesmål från patienter som fått en bra hjälp för sitt långvariga lidande som ett sätt att sprida budskapet om att det finns effektiva psykologiska behandlingar.

\*

#### För er som vill veta mer:

- NICE hemsida: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- IAPT hemsida: [www.iapt.nhs.uk](http://www.iapt.nhs.uk)



*För Dig som vill få en bättre relation till din mamma*

*NY bok av psykologen och författaren Liria Ortiz*

För info och köpställen, besök [www.liriaortiz.com](http://www.liriaortiz.com)



Workshop om

## Självskadebeteende

med

### Åsa Nilsonne

1 heldag, 3 oktober 2013, Lund



Innehåll

- en översikt över aktuell forskning
- arbete med specifika interventioner avseende attityder och reglering av känslor
- övning i validering, teamarbete och några användbara mindfulness-interventioner
- tid för diskussion och utrymme för deltagarnas egna frågor

Åsa Nilsonne är psykiater, leg. psykoterapeut, professor i medicinsk psykologi och författare. Hon har arbetat under lång tid med Dialektisk Beteendeterapi, och är intresserad av att vara med och skapa bättre vårdmiljöer och behandlingar för självskadande och/eller suicidala patienter.

Mer info & anmälan: [www.kognio.se](http://www.kognio.se)

# Här är årets BTF-pristagare!

**BTF:s årliga priser för viktiga insatser inom KBT delades ut under applåder på årskongressmiddagen.**

Text: Torun Kallings

Vid årskongressmiddagen delades BTF:s årliga priser ut och bedömargruppen konstaterade att det handlade om idel värdiga vinnare. Föreningens ordförande Björn Paxling stod på scen och läste upp motiveringar till val av pristagare och dessa kom upp för att ta emot diplom, resestipendium till veten-

skaplig kongress, kramar och applåder. Även de institutioner där pristagare lagt fram vetenskapliga arbeten får diplom, som förhoppningsvis sätts upp på lämplig vägg på respektive institution.

Priserna har funnits sedan 1997 och är ett sätt för föreningen att leva som vi

lär och förstärka viktiga insatser för att sprida beteendeterapi. Det är föreningens medlemmar som nominerar till priserna och en grupp av fem bedömare, som inte är med i styrelsen, utser pristagarna.

## Pris för livsgärning inom KBT:

### Bengt Andersson

Bengt Andersson fick priset för livsgärning inom KBT. Nomineringen löd:

”Bengt Andersson har genom sitt yrkesliv genomfört en betydande gärning för spridandet av beteendeterapi och inlärningsteoretiska principer. Bengt tillhör tillsammans med P-O Sjödén, Lars-Göran Öst, Sten Rönnerberg och Lennart Melin den första generationens beteendeterapeuter i Sverige. Bengt har varit verksam på Psykologiska Institutionen på Uppsala Universitet under 70-, 80- och 90-talet och där undervisat och handlett ett stort antal av de som fått sin KBT-utbildning i Uppsala. Bengt har även varit involverad i forskning, både på grundforskningsnivå med djurstudier och på tillämpad nivå med forskning om elöverkänslighet.

Bengt har en stor del av sitt yrkesliv delat sin tid mellan kliniken och akademien. Under 90-talet började Bengt att verka inom Barn- och Ungdomspsykiatri i Uppsala. I sin gärning inom BUP har Bengt med sitt gedigna kunnande och sin generositet med sin kunskap bidragit till en omvälvande förskjutning mot ett ökat fokus på psykologisk behandling och beteendeterapi. BUP i Uppsala kan sägas vara den första

BUP-klinik i Sverige som genomsyrades av ett genomgripande KBT-tänk. Inom tjänsten på BUP har Bengt bland annat byggt upp ett OCD-team, där patienter som tidigare kanske inte ens fått en korrekt diagnos, nu kunde erbjudas adekvat beteendeterapeutisk behandling. OCD-teamet i Uppsala har varit en källa till inspiration för andra OCD-team i Sverige.

I decennier har Bengt haft rollen som vårdansvarig för Neuropsykiatriska Behandlingsenheten inom BUP-kliniken Uppsala. Bengt har i sitt kliniska arbete varit angelägen om att samverka med brukarorganisationer såsom Ananke och Attention. Detta samarbete har bland annat lett till gruppverksamheter som byggt på inlärningsteoretiska principer vilka först utvecklats inom Landstingsvården för att sedan föras ut och ”ägas” av organisationerna själva, under handledning. Bengt har sett det som sin uppgift att föra ut inlärningsteori och beteendeterapi även till andra yrkesgrupper med handledning och utbildning inom Landstinget och till kommunal omsorg.

I årsskiftet 2012/2013 gick Bengt i pension och därför är det lägligt för Beteendeterapeutiska Föreningen att vid detta årsmöte tacka Bengt för hans gedigna livsgärning av spridande och tillämpning av beteendeterapi.”

## Pris för utbildningsinsatser:

### Hugo Wallén

I år gick priset till Hugo Wallén. Nomineringen löd som följande: ”Hugo Wallén, f d chef för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborgs Län, drev igenom att landstinget i Skaraborg grundutbildar 40 behandlare från barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri i KBT. Han har dessutom sett utbildningen ur ett samhällsnyttoperspektiv, så i de fall någon bytt till annan arbetsgivare under utbildningen har han försökt ordna så att de kan fullfölja sina studier. Utbildningen gör sin sista termin nu under våren 2013.”

## Pris för informationsspridning/marknadsföring:

### Liria Ortiz och Martin Forster

Priset gick till Liria Ortiz och Martin Forster, för att de som det stod i nomineringen ”utför sedan flera år gedigna och outtröttliga insatser i DN:s frågespalt där de hjälper läsarna att hantera olika svårigheter som livet erbjuder, framför allt i relationer och föräldraskap. Utifrån psykologisk kunskap och specifikt KBT ger de läsarna både klokskap, värme och evidensbaserade råd.” De är värdiga vinnare av priset i kategorin informationsspridning/marknadsföring.

### Pris för bästa doktorsavhandling 2012:

## Therese Anderbro

Priset gick i år till Therese Anderbro för avhandlingen Behavior change intervention and fear of hypoglycemia in type 1 diabetes, Institutionen för kliniska vetenskaper, Karolinska Institutet och Danderyds sjukhus. Nomineringen löd: ”Diabetes är en komplex livslång sjukdom som till stor del ska hanteras av personen själv genom dagliga ställningstaganden kring egenvård. Det handlar om att göra medvetna val om mat, motion, egenmätning av blodsocker, att injicera insulin och att anpassa doserna efter olika aktiviteter, allt för att undvika livshotande akuta komplikationer till följd av för höga eller låga blodsockervärden. Det handlar också om att undvika risken för långsiktiga komplikationer i form av följsjukdomar. Beteendet och egenvårdsaktiviteterna har därför avgörande betydelse vid diabetes.

Det är välkänt att psykologiska aspekter har betydelse för metabol kontroll och välbefinnande hos personer med diabetes. Studier tyder på att området är eftersatt när det gäller att erbjuda stöd och behandling för dessa problem, något som har fått ökad uppmärksamhet de senaste åren. I nationella riktlinjer för diabetesvården uppmanas till fortsatt forskning som bygger på KBT, då metoden är otillräckligt utvärderad inom fältet. Therese Anderbros avhandling är nydanande och mycket angelägen inom diabetesområdet. Den fokuserar

på beteendemässiga problem och hinder för glykemisk kontroll. Särskilt berörs rädsla för hypoglykemi, något som ofta innebär ett stort hinder och allvarliga konsekvenser för dem som berörs. Therese har genom sin forskning utvecklat och modifierat ett amerikanskt mätinstrument för att kunna bedöma rädsla för hypoglykemi. Det gör det möjligt att systematiskt bedöma problemområdet i klinisk verksamhet. Therese har även kartlagt denna rädsla hos ett omfattande urval, det största hittills, av svenska kvinnor och män som lever med typ 1-diabetes. Slutligen har hon även utvärderat ett stödprogram för personer med svårkontrollerad diabetes. Programmet bygger på KBT och visade ihållande goda resultat på såväl medicinska som psykologiska variabler.

Samtliga av avhandlingens ingående studier har god vetenskaplig kvalitet. Psykometrisk testning har genomförts enligt väl beprövad metod. Interventionsstudien design omfattar golden standard för utvärdering av effekt genom randomiserat, kontrollerat förfarande. Urvalet är mycket omfattande som underlag för kartläggande av rädsla för hypoglykemi, vilket ökar extern validitet. Tre av avhandlingens studier är publicerade i välrenommerade vetenskapliga tidskrifter. Therese Anderbro tillämpar KBT inom ett nytt och eftersatt fält när det gäller stöd och behandling med detta perspektiv - en avhandling med klinisk relevans samt vetenskapligt hög kvalitet.”

### Pris för bästa studentuppsats:

## Gustaf Brander och Per Söderholm

Priset gick till Gustaf Brander och Per Söderholm för psykologexamensuppsatsen Tilläggsbehandling som återfallsprevention efter internetadministrerad KBT vid tvångssyndrom – en randomiserad kontrollerad studie, Institutionen för psykologi, Stockholm universitet, höstterminen 2012. Nomineringstexten löd: ”Tilläggsbehandling efter internetadministrerad KBT vid OCD i syfte att främja återfallsprevention har aldrig tidigare undersökts i en randomiserad kontrollerad behandlingsstudie. Livstidsprevalensen för OCD ligger på mellan 2,5 och 5 % och uppskattas av WHO utgöra den 11:e svåraste psykiska problematiken, i samma nivå som schizofreni. Grad av symtombörda vid OCD står i negativ korrelation till upplevd livskvalitet och har negativ inverkan på samtliga livsdomäner. Per och Gustaf har undersökt hur långtidseffekterna står sig ett halvår efter administrerad tilläggsbehandling jämfört med gruppen som endast erhållit ordinarie behandling och har även stått för datainsamlingen för klinikeradministrerade utfallsmått vid uppföljningen. Per och Gustaf har varit drivande från början till slut av denna ambitiösa examensuppsats.

Studien är en kontrollerad prövning där 97 deltagare randomiserats 1:1 till antingen tre veckors internetförmiddad tilläggsbehandling eller en väntelist-kontrollgrupp. Tilläggsbehandlingen har syftat till att fasa ut behandlarens funktion till deltagarens egen närmiljö, samtidigt som rational och träning repeterats. Bortfall av data för klinikeradministrerade utfallsmått uppgick till endast 9 % vid uppföljningen, vilket är en extremt låg grad av bortfall vid uppföljning av en behandlingsstudie, och unikt för en randomiserad kontrollerad

studie av behandling för OCD. Behandlingsgruppen påvisade en lägre sannolikhet för återfall efter tilläggsbehandling, med en riskreduktion på 87%, såväl som vid uppföljning, med en riskreduktion på 79%, samt tenderade till att ha en högre sannolikhet att uppnå remission efter tilläggsbehandling jämfört med kontrollgruppen. Behandlingsgruppens symtombörda rörande OCD minskade från före- till efter tilläggsbehandling jämfört med kontrollgruppen. Vidare höjdes behandlingsgruppens funktionsnivå mer, jämfört med kontrollgruppen, från före- till efter tilläggsbehandling samt från före tilläggsbehandling till uppföljning. Båda grupperna påvisade en minskning av depressiva symtom över tid.

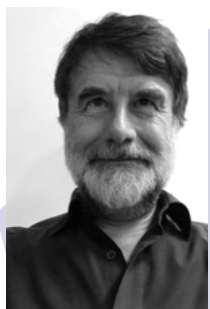
Gustaf och Per började redan under vårterminen att göra kliniska intervjuer för OCD-patienter och har på sin fritid skapat strukturer och rutiner för bedömningar av dessa patienter. De har etablerat ett blindat bedömningssystem för att motverka forskningsjävy, såväl som utvecklat ett särskilt förfarande för att rapportera in biverkningar av KBT, något som inte alltför sällan försummas inom psykologisk forskning och som kan vara till nytta i framtiden. Gustaf och Per har under behandlingsfasen visat ypperlig klinisk kompetens med hög grad av noggrannhet, samt stor administrativ skicklighet, organisationsförmåga och uppfinningsrikedom. Arbetsinsatsen sträckte sig över närmare ett års tid och Per och Gustaf fick även uppoffra stora delar av sin fritid för projektet. Uppsatsen utgör en välskriven och koncis redogörelse för arbetet och dess resultat, innefattar avancerade statistiska metoder (mixed effects model repeated measures och binomial logistisk regressionsanalys), samt välgrundade slutsatser och diskussionspunkter.”

# Hallå pristagare!

Vi bad pristagarna att svara på två snabba frågor:

- Hur känns det att ha fått pris på BTF:s årsmöte?
- Vad vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Text: Torun Kallings



## Bengt Andersson:

– Jag är självklart mycket glad över att bli ihågkommen och ser det som en stor utmärkelse.

– Det som slog mig på festen var att jag kanske kände 1/3 av deltagarna. De flesta var alltså nya för mig. Det kan bero på tre saker: a) jag har inte varit så aktiv i föreningen på sista tiden, b) jag har dåligt minne, c) det har kommit till många unga, nya medlemmar. Punkt a) och b) är säkert sanna, men c) är mycket tillfredsställande. BTF är en ung och aktiv förening som ser framåt - även om jag personligen gläder mig åt att man också såg lite bakåt, och gav mig detta hedrande pris.



## Therese Anderbro:

– Jag är jätteglad och stolt över priset och vill tacka föreningen och styrelsen för detta. Det betyder mycket för mig att min forskning uppmärksammas på det här viset och jag hoppas att ännu fler i föreningen ägnar sig åt forskning framöver. Jag vill också tacka min handledare Jan Lisspers som så generöst delat med sig av sin kunskap om beteendemedicin och om forskningsmetodik.



## Martin Forster:

– Roligt och överraskande! Jag visste inte om att jag skulle få priset och kunde inte vara med på årsmötet, så jag fick ett sms från en kompis med den glada nyheten.

Jag vill hälsa föreningen att jag tycker att ni gör ett bra jobb och att det blir allt roligare att läsa Beteendeterapeuten och utskick från styrelsen.



## Liria Ortiz:

– Wow! Vilken ära! Så känns det. Det gör mig också glad att i motivering till priset nämns både att råden är evidensbaserade och de är skrivna med värme. För mig är det otroligt viktigt att dessa två saker finns sida vid sida i mina svar. Det ligger ett värde i tycker jag att prata om mänskliga problem med värme och normalisera att vi alla möter svårigheter i livet och gör så gott vi kan. Jag undviker så mycket jag kan att ge råd som förstärker svart-vitt tänkande.

– Ett stort och varmt tack! Jag tänker på alla gånger jag har kunnat konsultera KBT-listan och få så generös och kvalificerad hjälp. Ni är ovärderliga och det känns lyxigt och tryggt för mig att ha er som konsulter!



## Per Söderholm och Gustav Brander:

– Det är i någon bemärkelse underligt att få en utmärkelse för något som var roligt att göra. I stor utsträckning handlar det om att vi hade tur som hamnade i ett så stimulerande projekt och med så god handledning från Erik Andersson och Jan Bergström. Att utmärkelsen kommer från BTF, som ligger väl i linje med våra egna värderingar som nytexaminerade psykologer, är en extra stor ära och känns som ett fantastiskt välkomnande in i yrkeslivet.



# Tack för årets årsmöte!

Årsmötet i Uppsala besöktes och uppskattades av många. Programmet bjöd på många spännande punkter, fikorna på härligt mingel med gamla och nya vänner, på middagen och efterföljande fest lyckades vi med konststycket att både fira av föregående verksamhetsår och att ladda batterierna inför ännu en dags KBT-kongress. Det hela hade förstås inte varit möjligt utan en väl sammansatt och hårt arbetande arrangörsgrupp som jag nu vill ta tillfället i akt att tacka så mycket! Först vill jag dock tacka styrelsens kontaktperson för årsmötet **Maria Jannert** som enligt årskongressgruppen varit till stor hjälp i deras arbete då hon kommit med snabba och informativa svar på alla deras frågeställningar, så tack Maria!

I registreringsgruppen som arbetat med att ta emot anmälningar, ansvarat för innehållet på kongresshemsidan, svarat på frågor, packat mappar till deltagarna, organiserat funktionärerna samt haft det övergripande ansvaret för registrering, lokaler och fika under kongressdagarna så har **Katarina Molin** varit sammankallande och den har även bestått av **Linda Algärd, Malin Ander** och **Naomi Lisai** – tack! Sponsrings- och PR-gruppen har kontaktat företag för sponsring, bokförlag för bokbord samt kontaktat journalister som kan tänkas vilja bevaka BTF 2013 och de har sedan organiserat dessa kontakter innan och under kongressen. För detta har **Elisabeth Welch** och **Sven Alfonsson** ansvarat.

Programgruppen har ansvarat för att utforma programmet för kongressen och sett till både innehåll och

schemaläggning. Gruppen har bjudit in såväl inhemska som utländska forskare och kliniker att föreläsa. Även företrädare för nationella myndigheter (Socialstyrelsen och FHI) och utvecklingschefer från psykiatridivisionen vid UAS har inbjudits till att medverka i en paneldebatt inriktad på implementering av evidensbaserad psykologisk behandling. Gruppen har även ombesörjt det praktiska omhändertagandet av utländska föreläsare. Allt detta har skötts av **Ata Ghaderi, Timo Hursti, Angeli Holmstedt, Anita Olsson, Iman Alaie** och **Charlotta Marhold** – tack! Utöver rollerna i programgruppen har Timo Hursti dessutom varit ekonomisamordnare och Ata Ghaderi har varit övergripande ansvarig för årskongressen – stort tack för det!

Fest- och lokalgruppen bestående av **Johannes Björkstrand** och **Johan Åhlén** har funnit och bokat lokaler samt skött en stor del av kontakterna med lokaluthyrare – tack för det! De har även funnit och bokat festlokal, planerat och samordnat kring middagen samt bokat underhållning till densamma.

Sist på vår avtackningslista står de som fått arrangemanget att flyta när det gällt, de fantastiska funktionärerna som har packat mappar till deltagarna, hjälpt till med registrering, kollat biljetter, bistått föreläsarna vid behov och svarat på frågor under kongressdagarna! Dessa har varit **Maria Sundström, Mikael Holmberg, Katja Sjöblom, Anna Sewall, Johanna Tunved, Pernilla Jernerren Maathz, Freddie Lymeus, Amanda Simonsson** och **Josef Neib** – tack!

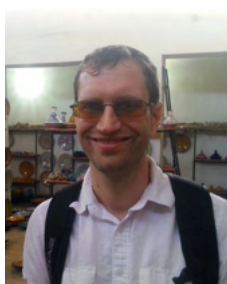


Text: Björn Paxling,  
ordförande BTF

# En djupdykning i EABCT

2016 är det  
vår tur!

Text och foto: Björn Paxling



**I den här artikeln rapporterar jag från EABCT:s representantmöte som gick av stapeln i början av mars i Marrakesh. Mötesbeskrivningen är ganska detaljerad och jag tillåter mig också att göra små tankemässiga utflykter där jag försöker koppla det som diskuteras under mötet till BTF:s arbete här på hemmaplan. Det skulle vara roligt om svenska KBT:are generellt blev lite mer informerade och intresserade av det europeiska KBT-samarbetet inför vår stora satsning på EABCT2016 i Stockholm, och den här texten är ett led i den riktningen.**

## **EABCT – ett jättenätverk**

EABCT, European Association of Behaviour and Cognitive Therapies, är världens största paraplynätverk för intresseföreningar med inriktning på KBT, BT, KPT och allt däremellan. Nätverket har 50 medlemsföreningar, den absoluta majoriteten från europeiska länder, men också ett par associate members från andra världsdelar som på något vis samarbetar med EABCT. För många är de fem bokstäverna främst sammankopplade med den årliga kongressen – en av världens största KBT-kongresser – men EABCT har också en del annan verksamhet och spännande projekt som är väl värda att nämnas. Vi som är representanter träffas två gånger per år, först i början av mars i den stad där kongressen senare under året kommer hållas, och sedan i augusti/september under själva kongressen. 2013 är det dags för Marocko att arrangera kongressen, ett beslut som tagits för att föreningar som verkar i länder där KBT redan är etablerat ska kunna hjälpa till och stötta i delar av världen där KBT ännu inte riktigt fått något fotfäste. I den här artikeln rapporterar jag från årets första representantmöte som gick av stapeln två veckor innan BTF:s årskongress i Uppsala. Jag ska också göra lite smygreklam för konferensen, det vore nämligen jätteroligt om vi blir många svenska KBT:are på plats i september så att vi kan hjälpa till att göra kongressen riktigt lyckad!

## **Representantmötet börjar**

På själva representantmötet, som varar en hel dag, deltog dels EABCT:s styrelse bestående av fem personer, nätverkets kanslist/administratör samt 29 representanter. Efter sedvanlig mötesformalia med val av mötesfunktionärer, genomgång av tidigare protokoll och dylikt, var vi igång med dagordningens mer spännande punkter. En fråga som återkommande diskuteras är hur vi ska bli bättre på att dela med oss av information om vad som händer i respektive land gällande KBT-frågor. EABCT-styrelsen efterfrågar ofta information och nyheter, men det är sällan de får in så mycket att rapportera om. I år tog jag tillfället i akt och skröt lite om hur BTF genom Jan-Eric Jönsson och Meiling Liu till sommaren kommer att arrangera en KBT-utbildning i Kina (där KBT-utbudet idag är milt sagt skralt!). Den brittiska föreningen BABCP kom med de glädjande nyheterna att David Clark fått den ärofyllda titeln CBE, en akronym som står för Commander of

British Empire. Utmärkelsen fick Clark "for services in mental health", och de goda nyheterna tar inte slut där, utan även professor Janet Treasure har fått en fin utmärkelse, OBE ("Order of the British Empire") för sitt arbete inom ätstörningsfältet!

Nästa punkt på dagordningen var en genomgång av aktiviteter i nätverket. Information framfördes om att en förening i Georgien överväger att ansöka om medlemskap i EABCT. Inom styrelsen fortsätter ett långsiktigt strategiskt arbete där den interna arbetsuppdelningen håller på att fördelas jämnare genom att sekreterare och kassör ska få skilda roller (idag är det samma person som har bägge posterna, styrelsen har relativt få deltagare för att inte ha alltför höga resekostnader). Nätverkets kansli ligger i Utrecht i Holland i anslutning till den stora holländska KBT-föreningens kansli (GVBCT, de har över 3000 medlemmar), där arbetar kanslisten Dinie. Styrelsen har diskuterat alternativa platser för kansli, men i nuläget funnit att kostnaderna för Utrecht-kansliet är förhållandevis låga och att servicenivån som Dinie erbjuder är mycket god i förhållande till lönekostnader.

Något som särskilt intresserade mig under årets första representantmöte var vilka bakgrunder/orsaker som finns till att många länder har flera KBT-relaterade föreningar. I många fall är det förstås på liknande sätt som i Sverige, att en beteendeterapeutisk förening och en kognitiv startats, att olika syn på och fokus inom KBT är grunden för flera föreningar inom samma landsgränser. I ett flertal länder är det istället olika språk som skiljer föreningarna åt. I Schweiz där tre olika föreningar gick samman 2012 för att arrangera EABCT-kongressen så talar de främst franska i en, flamländska i en och (om jag inte minns helt fel) tyska i den tredje.

#### **EABCT:s verksamhetsberättelse**

EABCT-nätverket har en omfattande aktivitet utöver de årliga kongresserna, och en sammanfattning av vad som sker inom EABCT gick igenom. Hemsidan och nyhetsbrevet (som går att prenumerera på via EABCT:s hemsida) diskuterades och en kort genomgång

gjordes av de Special Interest Groups och projekt som drivs inom nätverkets ramar, en närmare presentation av dessa kommer dock senare på dagordningen. Gällande utåtriktad aktivitet så har en särskild task-force bildats som är inriktad på Afrika, till en början med syfte att stötta i uppstarten av nya KBT-föreningar där som

kan ansluta sig till EABCT, och när tillräckligt många föreningar bildats är målet att ett separat afrikanskt KBT-nätverk ska kunna bildas. En annan utåtriktad aktivitet som tas upp är EABCT-kongresserna, och avslutningsvis berörs utbildning

och ackreditering. Det sistnämnda finner jag särskilt intressant, det är nämligen så slående stor skillnad mellan de olika EABCT-länderna i detta hänseende. Inom BTF hör jag allt oftare att föreningen inte kan "leka myndighet", alltså att vi inte borde bedöma vad som är en god KBT-utbildning och att vi heller inte bör stå som garant för enskilda behandlares kompetens. Samtidigt är själva ackrediteringen den mest centrala delen och kanske rentav anledningen att en KBT-förening bildats i många andra länder, där upplevs ett stort behov av att säkra en god utbildningsstandard och vilka som bör kunna kalla sig KBT-behandlare av olika slag.

Detta sker genom att föreningarna är medlemmar i EABCT och har godkänt att kunna ge EABCT-ackreditering till enskilda behandlare. Jag funderar kring om utvecklingen är linjär, om utbildningskvaliteten och det statliga utfärdandet av legitimationer och liknande blivit så bra på en del håll att de lokala KBT-föreningarna helt enkelt inte behöver arbeta med kvalitetsstämpling/ackreditering längre och att detta är önskvärt. Eller om processen snarare går i cykler på så sätt att föreningarnas ackreditering tvingar fram en mer stringent hållning från myndighetshåll, men när föreningarna släpper frågan så blir begreppen successivt urvattnade och utnyttjade på så vis att behov för kvalitetsstämpling åter uppstår.

Ekonomiskt ser det bra ut för EABCT, överskotten från världskongresser som ges i EABCT:s regi (som Barcelona 2007) räcker till flera års utåtriktade projekt, och medlemsavgifterna täcker föreningens fasta kostnader. Resultaträkningen visade på ett överskott, och revisorerna som granskat räkenskaperna konstaterar träffsäkert: "if the board is cheating they are cheating well". Jag blir lite förbluffad när jag ser hur radikalt styrelsens kostnader sänkts under året och ber dem att beskriva hur de uppnått denna bedrift. Det framkommer att alla omkostnader för hotellnätter inte täcks av resultaträkningen då dessa betalats i efterhand, men även med justering för detta så har styrelsen sänkt sina omkostnader på ett sätt som ingjuter förtroende.

## **Jag tog tillfället i akt och skröt lite om hur BTF genom Jan-Eric Jönsson och Meiling Liu kommer arrangera en KBT-utbildning i Kina.**



*EABCT-styrelsen på kortsidan i det stora och ganska mörka konferensrummet.*



*Den fantastiska tågstationen i Marrakesh. Just vackra portar och dörrar är för övrigt ett av stadens kännetecken.*

### Den ideella aktivitetens dilemma

Att få representanter för de olika medlemsföreningarna att engagera sig i EABCT-arbetet är en utmaning som styrelsen brottats med länge och som de vill diskutera med oss. En del av medlemsföreningarna skickar aldrig någon representant till mötena. När

det gäller en av medlemsföreningarna så är EABCT-styrelsen osäkra på om den ens existerar längre trots medlemskap i EABCT. Det är ett scenario som känns igen, att problemet med frånvarande diskuteras med närvarande, men jag tror ändå det finns poänger att diskutera hur vi kan möta utmaningen att få fler representanter engagerade i det europeiska KBT-samarbetet. En svårighet är att de som kommer till representantmöten inom EABCT i de allra flesta fallen redan sitter i en styrelse i hemföreningen och således har mycket ideellt arbete på

**Det kanske helt enkelt inte går att prioritera flyg och hotell för möten långt borta när pengarna behövs för viktigare projekt på hemmaplan.**

sitt bord utöver EABCT-relaterat. Det skulle förstås gå att skicka någon som inte är lika involverad i hemföreningen till EABCT-mötena, men då blir problemet istället att representanten inte är lika insatt i de lokala utmaningarna. Min bild är också att många av de föreningar som inte skickar någon representant är belägna i länder som inte har samma ekonomiska välstånd som de som brukar skicka representanter – det kanske helt enkelt inte går att prioritera flyg och hotell för möten långt borta när pengarna behövs för viktigare projekt på hemmaplan. Forskaren i mig funderar kring om någon borde genomföra en enkätundersökning för att vi ska få veta mer om varför

de som inte kommer stannat hemma, och varför vi som är där valt att åka dit. Risken för att råka ut för klassiska “den som föreslår något blir den som själv får utföra uppgiften” gör att jag håller

min fundering för mig själv.

Två av styrelseposterna i EABCT löper ut i september, kassörsposten samt utbildningskoordinatören – lyckligtvis finns det personer nominerade till bägge posterna. Nätverkets externa revisor är från Grekland, och det är även Thomas Kalpakoglou som i nuläget sitter i styrelsen som utbildningskoordinator men föreslås bli ny kassör – liksom vid tidigare möten bjuder Thomas på skämt om hur våghalsiga vi representanter är som lägger vår ekonomi i grekiska händer trots deras mindre imponerande track record i de globala finanserna. Det är vid sådana tillfällen som jag kommer i kontakt med tanken på att vi inte bara är 35 personer med KBT-intresse som sitter på mötet, utan att vi ju också kommer från olika länder.

Under EABCT-konferensen 2014 i Haag blir det nya avgångar inom styrelsen, då ska ny sekreterare samt ordförande väljas. Ordförandeposten är något som väcker tankar och känslor bland representanterna. Nuvarande ordföranden Rod Holland har varit aktiv inom KBT-fältet under väldigt lång tid, både inom EABCT och brittiska BABCP, och det är såväl mitt som

alla andra jag talat med intryck att han gjort och gör ett väldigt bra jobb i ordföranderollen. I nuläget finns det inga uttalade förslag på vem som ska bli ordförande efter Rod, men det kommer bli spännande att följa frågan!

### Rapport från EABCT-finansierade projekt

Ett pågående arbete inom EABCT är att förbättra arbetsgången för att fördela medel mellan olika projekt. Under tiden jag varit representant inom EABCT har projektplaner presenterats vid årets första representantmöte i mars, och beslut om fördelning av medel har sedan tagits först i september. Det har gjort att flera projekt inte kunnat starta på grund av oklart ekonomiskt läge trots att allt annat

varit i ordning. Från nästa omgång ska projektplaner vara inskickade till EABCT-styrelsen redan i början av december så att styrelsen hinner diskutera projekten ordentligt och kan be om kompletterande information vid behov, och redan under marsmötet ska beslut kunna tas om projektfinansiering. För egen del är jag involverad i ett projekt där vi samordnar information inom Europa om "low-intensity CBT", där hade vi ett möte i Amsterdam under slutet av 2012, ett symposium arrangerades i Geneve och troligtvis kommer ytterligare ett hållas under konferensen i Marrakesh. När jag och Paul Rijnders informerar om vårt projekt reagerar en av de andra representanterna på att jag är från Sverige. Han har läst inlägg på nätet där det refererats till den svenska rehabiliteringsgarantin som där beskrivits som ett stort misslyckande samt att konsensus i Sverige tycks vara att psykodynamisk terapi har samma evidensstöd som KBT. Det visar sig vara någon som bloggat om Kaliber-programmet som skakade om KBT-Sverige förra året, och jag får en chans att berätta för de andra representanterna om vilka brister som förelåg i förarbetet till rehabiliteringsgarantin, att även vi från svenska KBT-föreningar varit kritiska till vissa aspekter av initiativet, samt att ett forskningsfynd som lyftes fram i den svenska debatten (att en viss form av psykodynamisk terapi har gott stöd

vid depression) snabbt omtolkades till något helt annat (att psykodynamisk terapi och KBT nu visat sig vara likvärdiga för allt). En diskussion uppstod på mötet där vi även fick veta att brittiska IAPT-projektet haft motgångar av liknande typ med skarpt uttalad kritik som huvudsakligen byggt på missförstånd och/eller okunskap. Skydd av yrkestitlar i olika länder diskuterades också, särskilt intressant tyckte jag att det blev när tyska Andreas Veith lyfte fram en studie där taxichafförers och hårfrisörers tekniker för att prata med kunder med psykiskt lidande undersökts. Resultaten visade tydligen att många av de använda teknikerna har gott vetenskapligt stöd i sig, men då förstås givna i en annan kontext. Rod Holland informerade om att även för-

säkringsförsäljare varit föremål för liknande forskning.

Mellan Estland och Lettland har det byggts en lång cykelväg i naturskön omgivning. Cykelvägen har sedan dess färdigställande för tre år sedan blivit ett populärt turistmål och den har även lett till utökad samarbete mellan länderna. Under mötet används cykelvägen som lätt poetisk liknelse till det EABCT-finansierade samarbetsprojektet mellan Estland och Lettland som bestått av en sommarutbildning i KBT. Vi får veta att det i nuläget inte finns en enda KBT-psykoterapeut i Lettland, men att det finns tio personer som håller på att utbilda sig med detta som slutmål. Under sommarutbildningen som hölls i estniska Tartu fokuserades det bland annat på KBT för GAD, insomni, ätstörningar och spelmissbruk. Särskilt fokus lades vid att blanda letter och ester i arbetsgrupper under utbildningen, och atmosfären beskrivs som varm. Representanten som berättar för oss om projektet, Kirsti Akkermann från estniska ACBT, informerar även om planen på att arrangera nästa utbildning i Lettland och att det finns förhoppningar om att den ska bli årligen återkommande.

I Bosnien-Herzegovina planeras det för fullt inför landets första internationella KBT-konferens som går av stapeln i juni. Ingen representant från deras föreningar deltar på mötet så Jaque

## Vi får veta att det i nuläget inte finns en enda KBT-psykoterapeut i Lettland, men att tio personer håller på att utbilda sig.



Tajine-krus av lera som Berber-rätten tajine-gryta både lagas och serveras i.



s/KBTs Kristoffer NT Månsson och Michele Procacci från italienska ALAMC. Michele kände Carlo Perris och var glad över att träffa oss svenskar.



På Marrakeshs gamla vindlande gator är det lätt att gå vilse.



*Det kan vara väldigt förstärkande att lyfta blicken!*

från EABCT-styrelsen ger en kort presentation. Konferensen har stött på utmaningar i förarbetet då stödet varit i stort sett frånvarande från både lokala myndigheter och från hälso- och sjukvårdsinstitutioner, men i dagsläget finns goda förhoppningar om att det ska bli en riktigt bra kongress.

### Nya projektförslag

Den israeliska KBT-föreningen har ett ambitiöst och spännande projekt som redan är delfinansierat av deras utrikesministerium. Syftet med projektet är att hjälpa till att skapa en ökad kapacitet och större kompetens på psykologiska institutionen i Addis Abeba i Etiopien. På institutionen utbildas kliniker, det finns mastersutbildning i klinisk psykologi och doktorandplatser i klinisk psykologi. Vi får veta att det finns väldigt få kliniska psykologer i Etiopien, och genom detta projekt vill den israeliska föreningen stötta kapacitetsutbyggnaden bland annat genom samarbete i forskning inom klinisk och kulturellt inriktad psykologi, samt genom att engagera föreläsare och handledare. Innehållet blir uteslutande KBT-inriktat eftersom det är den israeliska KBT-föreningen som väljer ut lärare och handledare. Det finns också planer på att skapa videoföreläsningar som ska kunna användas under lång tid på skolan, och diskussioner fördes under mötet om dessa videos skulle bli tillgängliga även för andra EABCT-projekt eller inte. Överlag verkar

representanterna ställa sig positiva till detta projekt, det ligger väl i linje med målet att sprida KBT internationellt på samma sätt som vi gör genom att arrangera årets EABCT-kongress i Marrakesh, men samtidigt är det en prioriteringsfråga då många europeiska KBT-föreningar i länder med dåliga ekonomiska förutsättningar kan behöva medlen till inhemska projekt.

Nästa projektidé som presenteras kommer från EABCT:s eget kansli, där Dinie menar att det finns många bra mobilappar, men att det är svårt för terapeuter att hitta vilka appar som verkligen fungerar och som kan användas som stöd för just deras form av



*Kongresskoordinator Antonio Pinto signerar kontraktet som förbinder sfKBT och BTF att arrangera EABCT 2016.*

behandling. Projektets mål är att sammanställa och dela information om bra appar genom att en arbetsgrupp först söker upp, sedan granskar och utvärderar appar samt tar reda på om apparna på något vis är beforskade. Om du som läser detta skulle vara intresserad av att ingå i en sådan arbetsgrupp - hör av dig till mig så förmedlar jag kontakten vidare till Dinie.

En av de belgiska föreningarna, VVGT, har ett projekt som innehåller en serie workshops om terapeutkompetens baserat på en översiktsartikel av Fairburn och Cooper (2011). Forskning som VVGT lyfter fram visar att terapeutkompetens i levererandet av KBT

har ett starkt samband med behandlingsutfall. Medel från EABCT söks för att avlöna personer som kan spela patienter under workshops, samt för att skapa videomaterial som ska kunna användas i framtida workshops på temat.

Sammantaget tycker jag att det är en stor bredd i de olika projekt som finansieras och

som söker finansiering från EABCT. En del av BTF:s medlemsavgift till nätverket går till den här typen av projekt vilket känns väldigt roligt. Det är inte tvunget att någon av oss EABCT-representanter driver projekten, utan om någon av er som läser detta har förslag på ett projekt som på något vis anknyter till KBT-fältet och där projektet inbegriper samarbete mellan flera europeiska länder så får ni gärna höra av er till mig, så kan jag informera om vilka medel som finns att söka och hur en projektansökan går till.

### Utbildning, handledning och ackreditering

Ett häfte om vad som skett inom det europeiska KBT-utbildningsfältet mellan 2002 och 2012 har tagits fram av Thomas Kalpakoglou. Under mötet uttrycker Thomas sin tacksamhet till alla som hjälpt till med häftet och berättar att det snart kommer ut i pdf-format till oss representanter, men en tryckt version är också planerad och förhoppningen är att få denna klar till september. De belgiska föreningarna berättar



*Sekreterare och kassör Helen Macdonald (UK) och EABCT-kansliets Dinie Naezjer-Heerschoop (NL) äter lunch i solen.*

## Sammantaget tycker jag att det är en stor bredd i de olika projekt som finansieras.



Loungeområde direkt utanför kongressbyggnaden - vad sägs om att ta eftermiddagsfika här efter en dags spännande KBT-föreläsningar?

## Fler föreningar som ger EABCT-acreditering skulle innebära mer diskussion och utveckling inom området.

att det i deras land förts diskussioner om vilken status psykoterapi egentligen bör ha i vårdhierarkin och att Thomas dokument använts som underlag när diskussioner förts med ministrar.

Ett problem med KBT-utbildning och ackreditering som diskuteras är att de olika medlemsföreningarna inom EABCT tycks dra åt olika håll. Vissa föreningar i länder där KBT-utvecklingen inte kommit så långt följer inte alla de standarder som satts upp av EABCT – dessa föreningar är medlemmar i nätverket, men de har inte godkänts för ackreditering. Samtidigt verkar många av de större föreningarna, som den tyska, holländska och brittiska, inte bry sig om att söka ackrediteringsrätt av EABCT. Ett argument för att dessa föreningar bör ansöka om ackreditering av EABCT är att det skulle ge ökad tyngd och trovärdighet åt denna ackreditering. Fler föreningar som ger EABCT-ackreditering skulle innebära mer diskussion och utveckling

inom området, och samtidigt göra det mer eftersträvansvärt för nyare KBT-föreningar att förbättra den egna utbildningsstandarden. Under mina år i styrelsen har den här frågan inte diskuterats alls, men kanske det skulle vara en god idé att utbildningar som ges i samarbete med BTF även skulle kunna ge ackreditering utifrån EABCT-standarder? Väl värt att undersöka vidare! Som exempel har den nya lettiska föreningen och den tjeckiska ansökt om ackreditering och den katalanska föreningen har precis fått sin.

### Ökad insyn i WCBCT

Inför representantmötet i Marrakesh fick BTF-styrelsen ta del av en föreslagna förändring i stadgarna till världskongressforumet WCBCT (World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies). Andreas Karlsson upptäckte en felaktighet i ändringsförslaget som jag tog upp på mötet och fick medhåll från de andra representanter. Felet

gällde en ändring som skulle inneburit oklarheter i hur ofta WCBCT-gruppen ska träffas, och efter att styrelsen lovat att ta upp denna felaktighet vid nästa världskongresssträff så godkände mötet de andra ändringsförslagen. En av de andra ändringarna i stadgarna var ett byte av ordet “man” till “person” på flera ställen för att dokumentet skulle bli mer könsneutralt – en läsning av BTF:s egna stadgar visade senare att vissa sådana uppdateringar skulle behövas hos oss också.

### EABCT-konferenser

Gruppen från Geneve gav en presentation av hur det gick samarbete mellan deras tre olika föreningar för att arrangera konferensen. Strax under 1 200 personer deltog, och utvärderingen visar att för många av besökarna var det den första vetenskapliga konferensen de deltagit i. Den absoluta majoriteten av besökarna var psykologer, följt av psykiatriker och sedan studenter. Något

fler av besökarna var kliniker än forskare. Ekonomiskt är alla uträkningar inte klara ännu, men inkomsterna ser ut att ha blivit något lägre än väntat på grund av att 42% av de anmälda var studenter. Denna höga andel studentbesökare står förstas i direkt motsats till att det skulle ha varit fler psykologer och psykiatriker än studenter, så återigen påminns vi av vikten att vara försiktig i tolkning av enkäter och att noga undersöka hur stort underlaget varit. Allt som allt var de schweiziska föreningarna nöjda med arrangemanget. När jag diskuterade med några av de schweiziska representanterna efteråt beskrev de att de haft stora förhoppningar om utökat samarbete mellan föreningarna efter EABCT-konferensen, men att samarbetet snabbt ebbat ut när de inte längre hade ett så stort projekt att arbeta mot. För BTF:s del kan denna erfarenhet vara viktig att ha med oss när vi nu utökar samarbetet med sfKBT inför EABCT2016, och det känns roligt att vi redan nu börjat bygga samarbetsstrukturer som går utanför EABCT-förberedelserna.

Förberedelserna inför höstens EABCT-kongress går bra, i början av mars var 74 personer anmälda och break-even är beräknat till 800 deltagare. Mötesarrangörerna ber oss representanter att hälsa våra medlemmar att det bästa är att bo i anslutning till kongresshallen som ligger några kilometer utan-

för stadskärnan. Hotellen verkar vara kopplade till samma företag och heter Golf Palace, Hotel du golf samt Palmeraie village. Det går ingen kollektivtrafik till konferenscentret så alla behöver åka taxi från flygplatsen, vilket kan vara bra att känna till. Precis som många av oss under mötet fått erfara så är det inte helt enkelt att hitta bra flygbiljetter till Marrakesh, så det lönar sig verkligen att vara ute i riktigt god tid. Många av flighterna går via Casablanca, och för den miljö- och/eller prismedvetne kan det vara en god idé att åka tåg därifrån till Marrakesh, den resan tar cirka två timmar och kostar 20 Euro. En annan utmaning arrangörgruppen står inför är att välja ut vilka som ska få presentera på kongressen; de har fått in fler bidrag som de bedömt vara bra än vad



*Peter Altherr från tyska DVT och BTFs ordförande Björn Paxling på schäslongen.*

## Det känns roligt att vi redan nu börjat bygga samarbetsstrukturer som går utanför EABCT-förberedelserna.

det finns plats för. I början av mars var 85 symposier, 125 "open papers" och 50 workshops anmälda, så arrangörerna arbetar nu ihop med EABCT-styrelsen för att få in så många programpunkter som möjligt. Öppningsceremonin planeras att hållas så sent som 23:00, delvis för att värmen ska ha hunnit

släppa lite, men också för att bidra till en speciell stämning eftersom ceremonin kommer att hållas kring en jättestor pool upplyst av facklor. För galamiddagen finns också

spännande planer, denna ska hållas "in the middle of nowhere", stora bussar kommer köra ut middagsgästerna till ett stort tält med mattor som golv, och där kommer en traditionell Berbermiddag inmundigas till traditionell marockansk underhållning.

Under 2014 arrangeras EABCT av holländska KBT-föreningen i Haag vilket också kommer att bli spännande. Arrangörgruppen har slagit på stort och de behöver åtminstone 2300 deltagare för att gå runt ekonomiskt. Det kan tyckas som väldigt många, men den holländska föreningen är väldigt stor (över 4000 medlemmar) och har vanligtvis kring 1400 deltagare på sin egen årliga kongress. Under en av kongressdagarna kommer ett särskilt spår arrangeras för sjuksköterskor. De

har också planerat att inte hålla någon galamiddag utan att istället ha ett stort strandparty!

Efter kongressen i Haag är det bara en EABCT-kongress kvar innan vi tar partyt till Stockholm, och 2015 är det Israel som står som värd. Med temat "A road to hope" vill de fokusera på kulturella aspekter och konflikter, och de försöker göra den geografiska kontexten som kongressen arrangeras inom till en relevant del av det som diskuteras under kongressen. Särskilt fokus kommer ligga på psykoterapi för olika etniska grupper. Inför 2017 har två länder ansökt om att få arrangera EABCT-kongressen, dels Bulgarien som även sökte i fjol då Sverige vann, och dels Turkiet. De sistnämnda hade EABCT-kongressen 2001, men den sammanföll med 9/11 vilket starkt färgade mötet. Under nästa representantmöte i september tas beslut om vem som arrangerar kongressen efter Sverige.

Världskongressen 2016 diskuteras, som ju kommer att hållas i Australien. Arrangörgruppen hade bokat in sig på en fantastisk konferenshall i hamnen i Sydney, när stadens politiker plötsligt bestämde sig för att riva hallen ifråga. Arrangörgruppen erbjöds att hålla till i någon annan kongresslokal i Sydney, men de valde istället att flytta hela arrangemanget till Melbourne. Nästkommande världskongress efter Australien kommer att gå av stapeln 2019, och med största sannolikhet blir det i något europeiskt land. Ursprungligen konkurrerade Paris, London och Berlin





*Samling i representantgruppen innan visning av kongresslokalerna.*

## Just liknelsen mellan utbildningssamarbetet i KBT mellan Estland och Lettland och den gemensamma cykelvägen tilltalar mig verkligen.

om att få arrangera världskongressen, men då EABCT-styrelsen tagit beslut om att kongressen ska arrangeras av själva EABCT-nätverket (så att inkomster tillfaller EABCT och kan användas till framtida projekt) har både Paris och London dragit sig ur, och Berlin ser ut att bli platsen för världskongressen.

### Special interest groups

Initiativet att ha särskilda intressegrupper för olika teman har tagits väl emot, det finns i skrivande stund grupper för bipolärt syndrom, low-intensity CBT, oroande och OCD, samt planer på att starta grupper med fokus på både personlighetsstörningar och psykos. Svenska forskare och kliniker finns delaktiga i flera av dessa grupper, och de är generellt öppna för intresserade så surfa in på EABCT:s websida och läs mer om detta låter intressant!

### Avslutningsvis

Mötet lider mot sitt slut och vi representeranter får någon timmes fri tid (som jag och Kristoffer från sfKBT fyller med EABCT2016-planering) innan gemensam middag. Sent på kvällen summerar jag dagens möte i tankarna. Just liknelsen mellan utbildningssamarbetet i KBT mellan Estland och Lettland och den gemensamma cykelvägen tilltalar mig verkligen, troligtvis på grund av att jag har några riktigt fina minnen från långa cykelsemestrar. Det sista jag gör innan jag somnar på kvällen är att leta rätt på est-lat bicycle road på Internet för att öka sannolikheten att jag drömmer om en ny fin cykelsemester som symboliskt är sammankopplad med internationellt KBT-samarbete.

\*

### Länkar och referenser:

<http://www.eabct.com/>  
<http://eabct2013.org/>  
<http://tourdelatest.vidzeme.com/en/>  
Fairburn, CG., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 373-8.



## Till minne av Nathan Azrin

Text och foto: Michaela Johansson

Nathan Azrin (1930-2013), beteendeterapeutisk psykolog, har tyvärr gått bort. För dem som inte känner till professor Azrin så har han gjort stora insatser för beteendeterapin. Han började sin bana på Harvard University med B F Skinner som lärare. Redan 1968 utvecklade han teckenekonomin som en metod för beteendeförändring och många är de föräldrar som provat hans toaletträningssmetoder från 1974. Azrin är även känd som grundaren av "habit reversal", ett beteendeterapeutiskt sätt att komma tillrätta med problematiska vanor som nagelbitning, "skin picking", tumsugning och hårryckning. Han har bidragit enormt till beteendeterapin med sina teorier kring förstärkning som ett sätt att modifiera beteenden.

Jag träffade professor Azrin i Stockholm 2011, när han höll sin key note på BTF:s 40-årsjubileum. Jag fick förmånen att prata lite med honom och hans fru när jag tog ett kort på dem tillsammans och några på honom själv. Tyvärr skickade jag aldrig korten till dem, något som nu känns trist. Det som var anmärkningsvärt med professor Azrin när jag träffade honom var hur mycket han fortfarande kom ihåg om sin forskning och hur uppdaterad han var med samtida forskning.

Ni är många inom BTF som har lång och gedigen erfarenhet av beteendeterapi och säkerligen mer visa ord att säga om Nathan Azrins karriär. Därför slutar jag här med att enbart säga vilken inspiration hans engagemang och livslånga bidrag till beteendeterapin har varit för en ung psykolog. Det var fantastiskt att se hur passionerat professor Azrin föreläste om beteendeterapi även in på sin ålders höst, och hur vänlig han var som person mot alla han träffade. Ta ett ögonblick till att betänka och uppskatta allt han har bidragit med till vår kunskap idag.



I samarbete med DBT-teamet vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala, DBT-Scandinavia och Beteendeterapeutiska Föreningen erbjuder kbtgruppen i Stockholm:

# Inspirerande utbildningar

## Intensivutbildning i DBT.

Vår 10-dagars intensivutbildning i *Dialektisk Beteendeterapi* (DBT) är tillbaka hösten 2013 i Stockholm.

Med föreläsningar från bland annat Prof. Alan Fruzzetti, Elisabeth Malmqvist, Karin Ovefeldt, Martina Wolf, Marianne Lundahl mfl.

10/12 2013) och Avancerad nivå (2 dagar: 18/1, 25/1 2014).

Utbildningen är uppbyggd av 3 nivåer:  
Grundnivå (4 dagar: 30/9, 1/10, 22/10, 23/10 2013), Påbyggnadsnivå (4 dagar: 8/11, 19/11, 9/12,

Kostnad: 19 000 kr + moms.  
Sista dag för anmälan 1 juni till:  
[utbildning@kbtgruppen.se](mailto:utbildning@kbtgruppen.se)

## Workshop med dr. Alan Fruzzetti, familje- och parterapi: *High Conflict Couples*.

Alan har vidareutvecklat DBT för familjer och "high conflict couples".

"High Conflict Couples" – en anpassning av DBT-konceptet som syftar till att hjälpa människor att bättre hantera relationsproblem i familjer och partnerskap samt att minska risken för aggressivt och dysfunktionellt beteende i relationer.

Göteborg, 13-14/1 2014, Stockholm, 16-17/1 2014  
Kostnad: 4800 kr + moms. Begr. antal studerande platser med 80% rabatt.  
Sista dag för anmälan 1 oktober till:  
[utbildning@kbtgruppen.se](mailto:utbildning@kbtgruppen.se)

## Unik 2-dagars workshop med prof. Tom Lynch, behandling med DBT-OC, Over-Controlled Patients.

För första gången i Sverige kommer Tom presentera sin tillämpning av standard-DBT.

Metoden DBT-OC används för att minska överdrivet kontrollbehov och de negativa konsekvenser som denna personlighetsstil kan leda till för svårbehandlade patienter med t.ex. kronisk depression eller anorexia nervosa.

Stockholm, 16 och 17 september 2013.  
Kostnad: 4800 kr + moms. Begr. antal studerande platser med 80% rabatt.  
Sista dag för anmälan 1 juni till:  
[utbildning@kbtgruppen.se](mailto:utbildning@kbtgruppen.se)

# Maria Bragesjö hade handledaren på andra sidan Atlanten: Jag fick dubba sessionerna till engelska!

**Psykolog Maria Bragesjö har som första svensk blivit certifierad i prolonged exposure och fått titeln certified supervisor i PE. Beteendeterapeuten tog sig en pratstund med henne för att höra hur det gick till.**

Text: Anna Eriksson  
Foto: Privat



*Maria Bragesjö tycker absolut det var värt slitet att certifiera sig i PE.*

**Hej Maria! Ska vi börja med en introduktion av dig?**

Hm, ja, vad kan vara värt att veta om mig? Jag är leg psykolog och leg psykoterapeut och arbetar sedan 2007 på Behandlingsenheten City på Hantverkargatan i Stockholm, en enhet för patienter med komplexa vårdbehov och/eller neuropsykiatriska problem. Där arbetar jag halvtid i DBT-teamet och halvtid med KBT-behandling för de olika patient-

grupper vi har där. Jag träffar många patienter med trauma och PTSD, och med mycket annan samsjuklighet. Många av mina patienter är suicidala, emotionellt instabila, självskadande och dissocierar mycket. Där kände jag ett behov att bli bättre på att behandla PTSD-symtomen. I DBT-teamet arbetar vi med att få in Melanie Harneds forskning i vårt arbete, det vill säga man kan behandla PTSD-symtomen tidigare i behandlingen än man trott förut.

**PE är den behandlingsmetod som har mest stöd i forskning vid behandling av PTSD.**

Jag är 36 år och blev leg psykolog 2002. Tidigare har jag arbetat inom allmänpsykiatri på öppenvårdsmottagning och så under några år på Psykiatri Centrum Karolinska där jag också arbetade halvtid som slutenvårdspsykolog. Som kuriosa kan jag ju berätta att min första utbildningsklient på psykologutbildningen led av PTSD och då följde jag Foas gamla manual med mycket gott resultat.

**Du har som första svensk blivit certifierad i prolonged exposure och fått titeln certified supervisor i PE – grattis! Men vad innebär det egentligen?**

Tack Anna! Det känns jätteroligt och speciellt. Enkelt uttryckt kan man säga att det betyder att jag, enligt Edna Foa, bedriver prolonged exposure (PE) med hög adherens. Att sedan bli certifierad supervisor, alltså handledare betyder att jag ytterligare fördjupat mina kunskaper i PE och anses ha tillräcklig kunskap för

att handleda andra i PE. Det innebär att jag nu också kan certifiera andra i PE.

**Vilken utbildning (och handledning) krävs för detta?**

För att bli certifierad i PE krävs att man först går en grundläggande utbildning på vanligtvis fyra dagar. Efter det krävs 2-3 godkända patientfall i handledning av någon som är certifierad handledare. Nästa utbildningssteg är supervisorutbildningen som är en femdagars fördjupning i PE med fokus på att lära sig skatta sessioner på band och öka färdigheter i att förmedla kunskapen till andra. Det är ett amerikanskt system som Edna Foa använder i sina stora dissimineringsprojekt.

**Du har gjort en del av utbildningen på distans, hur har det gått till?**

Ja, där har ju tekniken varit till hjälp. För att få mina godkända patientfall har jag haft handledning av Tracey Lichner på Edna Foas lab via Skype.

**Vilken del av utbildningen har varit mest krävande?**

Det är ju absolut att ha fått ihop



Edna Foa och Maria Bragesjö.

handledningen! Med en amerikansk handledare så har jag behövt dubba sessionerna till engelska... I början dubbade jag sessionerna själv, pust och stön! Och sedan att hitta ett sätt att logistiskt få till att Tracey fick bandet så hon hann titta innan nästa handledning. Ja, det var verkligen en utmaning. Sedan har jag tagit hjälp med att dubba av psykologkandidater och en PTP-psykolog. Utan dem hade det inte gått!

**Vad har varit mest intressant/lärorikt (dela gärna med dig av någon anekdot)?**

Rent teoretiskt är det ju att ha gått själva supervisorutbildningen. Det var jättevigtigt! Både själva föreläsningarna och alla band vi tittade på, men också att träffa andra som brann för samma sak, att öka sina terapeutfärdigheter i PE. Det var folk från USA, Japan, en dansk

och så jag från Sverige. Och spännande att se kulturella likheter och skillnader.

Häftigt för mig var också att efter ett års handledning få träffa min handledare i verkliga livet. Vi hade ju bara skypeat fram till dess. Det är väl egentligen där jag lärt mig mest, genom alla långa diskussioner med Tracey via Skype där vi verkligen stött och blött litet som stort.

Jag gjorde några riktigt roliga rollspel också med Edna Foa där jag spelade några riktigt kluriga klienter. Men den damen har svar på allt (skrattar). Därifrån lärde jag mig också jättemycket.

**På vilket sätt kommer du att ha nytta av/arbete vidare med utbildningen nu?**

Framför allt kommer jag ha nytta av utbildningen i mitt dagliga klientarbete.

Jag träffar många klienter med PTSD som tillägg till annan problematik. På sikt hoppas jag också få in mer av att utbilda inom PE och också handleda och certifiera andra i metoden, till en början på den klinik där jag arbetar.

**Har du några heta tips till oss andra som arbetar med PE, och till den som vill börja göra det?**

PE är den behandlingsmetod som har mest stöd i forskning vid behandling av PTSD, så det är den metod jag skulle rekommendera personer som är intresserade av att arbeta inom fältet att utbilda sig inom. Sedan ska man såklart komma ihåg att behandlingen innehåller en uppsättning principer som behöver anpassas till varje individ. Edna Foas manual har ju precis kommit ut på svenska och den är ett måste i bokhyllan. Melanie Harneds forskning i hur PE kan användas i en mer komplex patientgrupp är också något jag skulle rekommendera att man läser. Sedan måste jag rekommendera alla som arbetar med PE att certifiera sig, det är verkligen värt slitet.

\*

## Tatja Hirvikoski om neuropsykiatri och KBT

**I detta nummer har turen kommit till en kliniker och forskare inom det neuropsykiatriska fältet: Tatja Hirvikoski, med dr, leg psykolog och specialist i neuropsykologi vid Center for Neurodevelopmental Disorders på Karolinska Institutet, Centrum för Psykiatrforskning och Psykiatri Nordväst, Stockholm. Vi vill gärna höra hennes syn på det här med neuropsykiatri och KBT.**

Text: Johan Westöö

Foto: Martin Hammar

*Kan du ge en kort presentation av dig själv och din yrkesbakgrund?*

Jag läste psykologlinjen vid Stockholms Universitet och blev utexaminerad år 2000. Jag arbetade på Kymlinge Autismcenter som skötare under min studietid och visste därför från början att jag kommer att trivas som neuropsykolog. På den så kallade steg-1-delen valde jag KBT och hade äran att ha Professor Lars-Göran Öst som handledare, vilket innebär att jag inte bara fick en väldigt bra grund i beteendeterapi utan lärde mig också en hel del om grundläggande vetenskapligt tänkande. Jag arbetade vid epilepsiteamet vid Astrid Lindgrens barnsjukhus några år innan jag gick över till vuxen(neuro)psykiatri. Specialist i neuropsykologi blev jag 2009 och disputerade gjorde jag hösten 2011 vid Karolinska Institutet med docent/barnläkare Svetlana Lajic som huvudhandledare.

### För en bra behandlingsplanering har man nytta av en välgjord utredning

*Var, och vad arbetar du med just nu?*


Jag har aldrig velat släppa det kliniska arbetet helt, utan arbetar även nu kliniskt en dag i veckan. Då arbetar jag med utredning och behandling av vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). Tre dagar i veckan gör jag post doc vid Center for Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet (KIND) med Professor Sven Bölte som mentor. Och så en dag i veckan vid Centrum för Psykiatrforskning där jag samordnar kurser och annat inom ramen för våra forskarskolor för kliniker inom psykiatrin.

*Kan du ge den oinsatte en kort resa genom bokstavsdiagnosernas land? Vad är den korrekta benämningen på det som kallas neuropsykiatriska diagnoser? Har du några*

*tänkar eller synpunkter på de förändringar som väntar i och med DSM-V när det gäller de här tillstånden?*

Engelskans neurodevelopmental disorders (NDD) kan översättas utvecklingsrelaterade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). I DSM-5 har man kategoriserat dessa tillstånd mer enhetligt jämfört med DSM-IV; detta sker utifrån empirin och är en bra nyhet. I DSM-5 ingår följande diagnoser i NPF-kapitlet: autismspektrumtillstånd (AST), ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder, här ingår även diagnosen ADHD huvudsakligen uppmärksamhetsstörning, ”ADD”), intellektuell funktionsnedsättning, specifika inlärningssvårigheter, kommunikationsstörningar, motoriska funktionsnedsättningar (såsom koordinationsstörning). Samtliga diagnoser avser utvecklingsrelaterade tillstånd vilket innebär att en del svårigheter har funnits redan under barndomen.

En stor ändring inom NPF-området är att AST blir en diagnos i stället för fem



**Att acceptera att en del symptom alltid kommer att finnas kvar innebär inte att man ska "ge upp".**

*"Jag tror inte man kan ha roligare arbete än att jobba med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar", säger Tatja Hirvikoski och rekommenderar varmt alla BTF:are att prova.*

olika AST-diagnoser som finns i DSM-IV. Varje individs profil, t ex allmänintellektuell förmåga, specificeras sedan under huvuddiagnosen. En annan ändring inom NPF-området är att specifika inlärningssvårigheter också blir en diagnos medan typ av funktionsnedsättning specificeras under huvuddiagnosen (t ex dyslexi eller dyscalculi). Inom ADHD-området handlar ändringarna om att diagnoskriterierna bättre ska fungera för båda könen och även för vuxna.

*Hur (på vilket sätt) arbetar man med patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar?*

För en bra behandlingsplanering har man nytta av en välgjord utredning som även inkluderar en funktionsbedömning av både kognitiva förmågor och adaptiva beteenden. Det ska finnas möjlighet till en multimodal behandling där man kan kombinera olika farmakologiska och icke-farmakologiska (psykologiska, arbetsterapeutiska etc) behandlingar. Behandlingen ska

utformas utifrån individens behov och livssituation. Sist men inte minst, man ska inte glömma bort närstående till personer med NPF. De psykologiska behandlingarna som har utvärderats vetenskapligt är få men lovande. De flesta publicerade psykologiska behandlingsmetoder utgår ifrån beteendeterapeutiska principer.

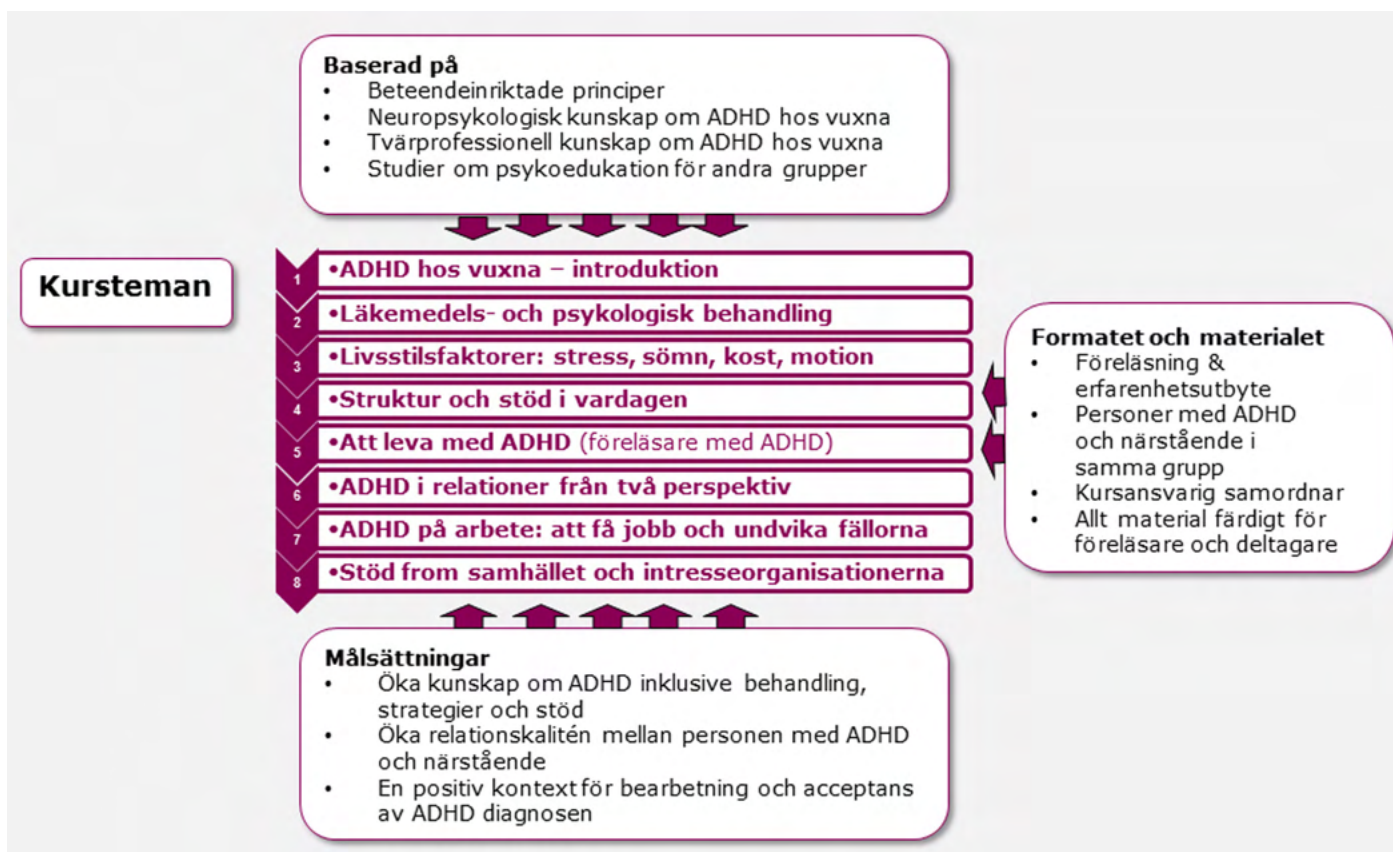
*Var ligger de största utmaningarna/svårigheterna när det gäller att utreda och behandla de här tillstånden?*

En stor utmaning är att hitta en balans mellan hur omfattande utredningar som görs och vad som erbjuds efter utredning. Fokus måste skiftas mer till tiden efter utredning. Vi måste få fram flera behandlingsmetoder som utgår från evidensbaserad praktik. En av de största utmaningarna för både personen själv och för behandlaren är att acceptera att NPF-diagnoser är utvecklingsrelaterade och därmed persistenta: olika typer av behandlingar kan underlätta hanteringen av svårigheterna och hjälpa personen att bättre

använda sig av sina styrkor, men en del symptom kommer att finnas kvar hos väldigt många personer med NPF. Det är viktigt att kunna acceptera att så är fallet. Målsättningen med en behandlingsintervention ska vara realistisk. Att acceptera att en del NPF-symptom alltid kommer att finnas kvar innebär inte att man ska "ge upp". Det finns mycket man kan göra för att få bättre livskvalité och komma närmare egen värdegrund och egna målsättningar. En annan utmaning är att se det kontextuella i NPF-svårigheter: det som är en svaghet i en situation kan vara styrka i en annan. Vi måste bli bättre på att se NPF i ett sammanhang och inte enbart fokusera på individen. Även här kan vi lära oss mycket av olika beteendeterapeutiska arbetssätt.

*Hur ser du på kunskapsläget i nuläget när det gäller neuropsykiatriska tillstånd avseende forskning och behandling enligt KBT?*

Det kommer fler och fler lovande studier särskilt när det gäller barn men såsom påpekats av SBU nyligen så är



En sammanfattning av KBT-baserad psykoedukation för vuxna med ADHD och deras närstående.

det få metoder som är tillräckligt evidensbaserade. När det gäller vuxna är psykologiska behandlingsmetoder fortfarande ett forskningsområde under utveckling, bland annat finns inga publicerade studier om KBT-behandling för vuxna med Aspergers syndrom/högfungerande autismspektrumtillstånd. För vuxna med ADHD finns en del beteendeterapeutiska behandlingsmetoder publicerade. De flesta är gruppbehandlingar men det finns även en utvärderad individuell KBT-behandling. Själv forskar jag om några olika behandlingsmetoder (bl a psykoedukativa grupper för vuxna med ADHD och deras närstående samt DBT-baserad färdighetsträning i grupp). Några exempel på andra spännande forskningsprojekt som pågår i Sverige just nu är internetbaserad färdighetsträning för vuxna med ADHD (Internetpsykiatri, Viktor Kaldo och Berkeh Nasri) och neurofeedback för barn och ungdomar med ADHD (KIND, Sven Bölte och Seija Sirviö). Om några år kommer vi att ha flera utvärderade

## Om några år kommer vi ha fler utvärderade behandlingsinterventioner att erbjuda för personer med ADHD.

behandlingsinterventioner att erbjuda för personer med ADHD.

Vi kommer att publicera behandlingsmanualen och annat material för ”PEGASUS ADHD-kurs för vuxna med ADHD och deras närstående” under höstterminen som kommer ges ut av Hogrefe Psykologiförlaget. ”PEGASUS ADHD-kurs för vuxna med ADHD och deras närstående” är tänkt som den första psykologiska intervention som kan ges relativt snabbt efter utredningen. Behandlingen är utformad på ett sätt som gör den lämplig för de flesta (över 90 %) av vuxna med ADHD inom öppenspsykiatri (se också en förenklad sammanfattning i bild 1). De mer krävande behandlingarna såsom DBT-baserad färdighetsträning kan med fördel komma lite senare i vårdprocessen.

Behandlingsmetoden PEGASUS håller på att utvärderas inom ramen för ett forskningsprojekt som pågått sedan 2009. Totalt har ca 300 personer gått ADHD-kursen i projektets olika faser\*.

*Har du några favoritinterventioner som oftast är effektiva eller roliga att jobba med?*

Jag har precis avslutat en grupp som gått ADHD-kurs för vuxna med ADHD och deras närstående, och det har utan tvekan varit vårens roligaste arbetsuppgift att hålla i den här gruppen! Jag tror inte man kan ha roligare arbete än att jobba med NPF så det rekommenderar jag varmt till alla BTF:are!

*Någonting annat du vill tillägga?*

Mina projekt är så kallade effectivenessstudier, alltså pågår de på olika psykiatriska- och beroendekliniker och sker i samarbete med många professionella. Jag skulle vilja tacka alla de duktiga, fantastiska kliniker och föreläsare som jag samarbetar med!

Man kan läsa mer om PEGASUS projektet på KINDs hemsida: <http://tinyurl.com/c9cg47j>

\* Som projektledare för detta projekt fick Tatja en Best Practitioner's Poster Award vid EABCT-kongressen i Genève, i september 2012.



# PSYKBASE

Ett säkert journalsystem för dig som enskild terapeut eller i fleranvändarmiljö!

**Just nu  
halva  
priset!**



~~7950:-~~  
**3975:-**

## **NU ÄNTLIGEN I SVERIGE!**

Är det din tur att bjuda kollegorna på lunch?  
Passa på, vi bjuder!

**Stockholm**

16/5

**Göteborg**

22/5

**Malmö**

23/5

Kostnadsfri

lunch och unik  
presentation av  
Psykbaser.

För anmälan och  
mer information besök  
[www.psykbase.se](http://www.psykbase.se)



Besök [www.psykbase.se](http://www.psykbase.se) eller ring **031-788 47 46** för mer information!



# Krönika

## På västfronten en massa nytt

Text:

Michaela Johansson



Inleder krönikan med en skamsen ursäkt: förlåt för avsaknaden av krönika på ett alldeles för långt tag. Den sorgliga sanningen är att det är svårt att hålla kontakten med KBT-Sverige när man befinner sig långt borta. Den kliniska vardagen i Sverige kanske ser vilt annorlunda ut nu än den något glorifierade bild som sitter etsad på min näthinna, en där man får gå på roliga utbildningar och fikar klockan tio och tre varje dag. Här i London jobbar vi med klinisk misär och för att möta KPIs (Key Performance Index). I slutet av mars jobbade vi på ett helt galet (ursäktat ordvitsen) sätt för att möta målet att behandla 4,5% av befolkningen i mitt geografiska upptagningsområde av Barnet. Vi är ca 20 anställda, varav bara två är färdigutbildade och jobbar heltid med klinisk behandling, bortsett från tre timmar handledning per vecka. Övriga är administrativ personal, trainees eller erfarna psykologer som främst jobbar med handledning och management. Så jag och min stackars kollega får beta av väntelistorna som ledsna små kor. Dock blir det inga köttbullar av oss, sådana öden drabbar tydligen bara hästar nuförtiden.

Näväl, sidospår. För att nå dessa mål måste vi ha in folk i behandling. Vi kallar våra bedömningssamtal via standardiserad intervju över telefon för "assessment and treatment". Detta är bluff och båg i mitt etiska tycke, men våra så kallade commissioners (d v s husläkarna som håller i pengarna i varje upptagningsområde i London) menar att det är behandling. Annars får vi inga pengar. Sedan placeras patienterna på väntelista för de diverse individuella och gruppbaseade interventionerna, men de kan få vänta mellan 4 och 20 veckor på

**Den sorgliga sanningen är att det är svårt att hålla kontakten med KBT-Sverige när man befinner sig långt borta.**

sin behandling. Så vi förser patienterna med en introduktionsworkshop i KBT kort efter deras telefonbedömning för att ge dem verktyg i att hantera tankar, känslor och beteenden. Vi har överlag fått bra gensvar på detta som ett sätt att hjälpa personer hantera sina problem på egen hand medan de väntar på mer hjälp, men tyvärr räcker det inte riktigt för de patienter som jag träffar med mer komplex problematik. Men då får vi vår andra så kallade behandlingskontakt inom kort tid och voila, vi har mött kraven. Trots att patienten egentligen inte har fått särskilt mycket behandling.

Nu får jag byta ämne innan jag blir för stissig. Det som är roligt med att försöka nå 4,5% av befolkningen i Barnet är att vi bokstavligen har fått lov att gå ut och ragga patienter. Alla våra anställda har någon nisch eller något specialintresse (ej autistiskt sådant) där de har kunnat prata med folk om psykisk ohälsa och psykologisk behandling, till exempel i sina lokala religiösa center, med strokepatienter, inom så kallade children's

**Det som är roligt med att försöka nå 4,5% av befolkningen i Barnet är att vi bokstavligen har fått lov att gå ut och ragga patienter.**

centres, o s v. Själv är jag japanofil så jag har fått uppdraget att nå den japanska delen av befolkningen i Barnet. Det finns stora kluster av personer från fjärran östern här, främst från Kina och Japan, men under mina 2,5 år inom IAPT i Barnet så har jag sett EN kines och EN japan. Mitt mål

är därför att minska det stigma som råder kring psykologisk behandling genom att skriva en presentation på japanska och försöka nå befolkningen på det viset. Lättare sagt än gjort. がんばって! (Ganbatte, ungefär "kämpa på, lycka till!").

### Hett just nu:

- Handledning av mina trainees. Det får mig att växa som psykolog och KBT-terapeut. Plus att jag fick ett eget skrivbord. Klättrar uppåt i världen, hurra!
- Möjligheten att minska motstånd till psykologisk behandling hos den japanska befolkningen.
- Alla som kommer och hälsar på mig. Guld värt. Speciellt mötet med gamla handledaren!

### Kallt just nu:

- Anglifisering. Det kändes svårare att skriva krönikan på svenska än förra gången.
- Snö i London i april! Citerar Jan Berglin angående snöfall: "Jag känner mig hånad och... kränkt."
- Måstet att skriva en vinnande introduktion till psykologisk behandling på japanska.

# Det måste "klicka" mellan patient och terapeut

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Illustration: Michal Zachharzewski (sxc.hu)

Mötet mellan en vårdgivare och en vårdsökande är ett alltid aktuellt tema. Man talar i psykoterapeutiska sammanhang och inom psykiatrin om den psykoterapeutiska relationen, arbetsrelationen, mötet. Detta möte är viktigt men också svårt att greppa eller beskriva på ett sätt som alla kan vara överens om. Därför blir det viktigt att veta vad patienterna tycker, hur de uppfattar och bemöter situationen då de träffar en okänd person för att arbeta med sina egna personliga svårigheter och gå vidare. Vad behövs för att det ska "klicka", för att få en så pass positiv personrelation att man vågar berätta om det som är svårt och problematiskt?

Om terapeuten till exempel visar humor, kan det fungera för någon – kanske skapar detta den trygghet man behöver innan man vågar lämna ut sig? Men samma humoristiska öppenhet från terapeutens sida kan ha motsatt effekt på andra vårdtagare, som kanske känner sig otrygga. På frågan "Hur viktigt är det att din terapeut har humor?" som gavs till 170 personer, blev medelvärdet 6,2 på en skala mellan 0 och 10. Endast nio personer svarade att humor var helt betydelselöst (poängvärdet noll). För 161 personer var humorn alltså av någon betydelse, och av dem skattade 17 personer humorn som mycket viktig (10 poäng).

Som jag beskrivit i en tidigare anteckning hade alla tillfrågade möjlighet att komma med egna förslag om vad de tyckte var viktigt hos en terapeut. Av 170 personer skrev 40 (23 %) en kommentar. Fyra av kommentarerna var upprepningar från skalan A eller skalan B. Nedan finns en lista på de egenskaper som nämndes i de 40 kommentarerna. För att göra det mer lättläst har jag grupperat svaren i fem grupper. Man kan föreställa sig att varje grupp beskriver en viss psykoterapeutprofil.

### Om jag blir patient blir det viktigt med följande egenskaper hos terapeuten:

- 1) Professionell, djärv, modig, rationell, entusiasmerande, noggrann, kan formulera och strukturera mina svårigheter, t ex genom metaforer.
- 2) Genuin, stark, glad, trygg i sig själv, fri från förutfattade meningar, får mig att berätta, tar mina problem på allvar, ger energi, ger av sig själv.
- 3) Närvarande mentalt, väl förberedd, tydlig, feminist, visar socialt engagemang, har fantasi, tydliggör.
- 4) Tillmötesgående, rak, positiv, uppmuntrande, konkret, gör ett bra jobb, bryr sig, ger information.
- 5) Kunskap i psykosomatik, kunskap om sexuella övergrepp, bra terapeut, välklädd, intelligent, äldre.



Svaren är mångskiftande, och en del av dem som svarade valde att skriva utförligare kommentarer.

Dessa kommentarer och önskemål om hur en psykoterapeut ska vara återges här nedan.

- Ärlig: det är svårt att definiera. Ärlig utifrån sin skolning absolut, men vi har ingen privat relation. Sig själv: ja, "sig själv" i sin terapeutroll. Måste kännas genuin. Stödjande: ja, men även utmanande.
- Det är viktigt att kunna hjälpa mig att kunna formulera mina svårigheter och sätta ord på det.
- Intresserad att få mig att berätta om mina problem. Få mig att känna att mina problem inte är oviktiga. Ta mig på allvar. Visa empati. Inte visa egna åsikter om jag ej tycker lika.
- Vara trygg med sig själv.
- Gärna kunna ge av sig själv.
- Fri från förutfattade meningar.
- En s k normal person, inte sticka ut för mycket/vara extrem.
- Kunnig i det område jag behöver hjälp med.
- Bra om personen kan använda sig av t ex metaforer/har fantasi, det kan lättare tydliggöra. Humor lättar upp.
- En person som vågar var obekvämt ibland, d v s utmana

## Om terapeuten till exempel visar humor, kan det fungera för någon.



- mina tankar om mig själv eller min situation.
- Modig nog att våga utmana och se när det är tillfälle att göra det.
- Intresserad. Tillmötesgående är viktigare än varm och artig t ex.
- Du låtsas vara intresserad av mig, då kan jag också göra något för dig (att svara på enkäten).
- Målsättning med behandlingen. Ge information om/kring sjukdomen etc.
- ”Tycker om mig” har ingen betydelse, bara han/hon gör ett bra jobb. Välklädd=0.
- Ha någon slags kunskap kring ”sjukdomar” som har direkt samband med psykisk hälsa, t ex IBS, sömnproblem, ryggsmärtor.
- Ha erfarenhet av människor som utsatts för sexuella övergrepp i barndomen.
- Kunnig i det område jag behöver hjälp med.

Dessa kommentarer kompletterar den beskrivning som har givits i de tidigare anteckningarna. Vissa svar kommer igen, som t ex empati, engagemang, kunnighet, och vi kan se en mängd av ord och egenskaper som beskriver det mångsidiga sociala mötet. I en tidigare anteckning grupperade jag sådana önskade egenskaper hos en terapeut i tio olika kategorier,

och det är tydligt att dessa kategorier återspeglas i vad som jag refererat i denna anteckning. Jag avslutar med att upprepa dessa kategorier här nedan, med exempel ur de givna kommentarerna:

- A1 Personkontakt: Genuin, trygg i sig själv.
- A2 Intryck: Välklädd, äldre.
- A3 Tilltro: Väl förberedd, kan få mig att berätta.
- A4 Effektivitet: Professionell, kan formulera och strukturera mina svårigheter.
- A5 Förståelse: Fri från förutfattade meningar, tar mina problem på allvar.
- B1 Empati: Mentalt närvarande, visar empati.
- B2 Öppenhet: Tillmötesgående, ger av sig själv.
- B3 Stöd: Uppmuntrande, bryr sig.
- B4 Ärlighet: Rak, ger information.
- B5 Engagemang: Entusiasmerande, ger energi.

..... Och här stannar jag för den här gången.

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, 2013-02-12

### Årsmötet 2013

Årsmötesgruppen har den sista tiden varit upptagna med att arbeta fram ett program till kommande årsmöte.

Några nomineringar inför årsmötet har vid det här laget inkommit, styrelsen uppmanar dock medlemmar att nominera än fler.

### Informationsöverföring och instruktioner till årsmötesgrupper

Under de senaste åren har styrelsen arbetat med att förbättra informationsöverföring mellan årsmötesgrupper.

En beredningsgrupp har tillsatts för att se över detta ytterligare så att processen och informationsflödet blir så optimalt som möjligt. Årsmötet är ju verkligen BTF:s stora årliga begivenhet.

### CBT

CBT är nu accepterat för indexering enligt Social Science Citation Index. Ett förlagskontrakt för de kommande sju åren är färdigförhandlat med Taylor & Francis.

### Media och opinion

Både SWABA och Psykologförbundets KBT-psykologer har uttryckt sitt intresse för att samverka med BTF i frågor rörande media och opinion.

### EABCT

Nästa möte för EABCT-representanter blir den 8-9:de mars i Marrakech. Styrelseordförande representerar BTF under mötet.

### Psykologidagen

Det är klart med BTF:s deltagande i konferensen i Uppsala den 16/3 2013.

### Medlemsenkät

En ny medlemsenkät är färdig för utskick till medlemmarna. Den senaste gjordes 2006.

### Studentnätverk

BTF:s nya studentnätverk sjösattes den 28/1 2013 av styrelsens studeranderepresentant.

För BTF:s styrelse,  
**Kerstin Mill**

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2013-03-06

### Kära medlemmar,

mycket av styrelsens arbete just nu har bäring mot årsmötet i Uppsala och förhoppningen är att få träffa så många vänner, kollegor och KBT-entusiaster som möjligt när det väl är dags!

### De etiska riktlinjerna

Ett tillägg till de etiska riktlinjerna har gjorts, för att tydliga hur det är möjligt för medlemmar att hänvisa till sitt BTF-medlemskap. Den fullständiga ordalydelsen, med nyttillkommen text i fetstil, lyder som följer:

*"8.1. Medlemskap i Beteendeterapeutiska föreningen (BTF) medför ej någon professionell status eller kvalifikation. Medlem får ej hänvisa till sitt medlemskap i BTF på ett sätt som kan antyda sådan professionell status eller kvalifikation. Att på annat sätt hänvisa till medlemskap i föreningen och/eller till genomförda förtroendeuppdrag för föreningens räkning är dock tillåtet."*

### Medlemsenkäten

I dagsläget har 205 personer besvarat medlemsenkäten som skickades ut för två veckor sedan. Förhoppningen är att få till en betydligt högre svarsfrekvens än så!

### Prenumeration på Beteendeterapeuten för icke-medlemmar

Med anledning av återkommande förfrågningar så har styrelsen fattat beslut om att det fr o m nu ska vara möjligt för både icke-medlemmar och företag/institutioner att prenumerera på Beteendeterapeuten. Kostnaden har satts till 500 kr/år, d v s 125 kr/nummer.

För styrelsen,  
**Jens Högström**

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2013-03-25

### Hej, alla medlemmar!

Som en del minns så var det årsmöte i fredags i Uppsala. Inte lika välbesökt som alla spännande föreläsningar men likväl ett tillfälle då er nya styrelse valdes.

På lördagen hade styrelsen ett första konstituerande möte. Många av styrelsemedlemmarna var nya för i år, fyllda av stolthet och viss nervositet inför mötet. De styrelsemedlemmar som suttit ett tag guidade oss nybörjare genom mötet med vänliga och uppmuntrande ord.

På mötet beslutades att ny medlemssekreterare för i år blir Maria Gustafsson. Styrelsen beslutade även att adjungera in Graciela Rovner.

De olika ansvarsområdena presenterades för mötesdeltagarna och intresset inventerades inför nästa styrelsemöte då beslut tas om vilka som ansvarar för vad. Nästa styrelsemöte äger rum 27 april 2013 i Stockholm.

Allt gott!  
För styrelsen,  
**Ljufur Dagsson**

#### Styrelsen:

Björn Paxling, ordförande  
Maria Gustafsson, medlemssekreterare  
Olof Johansson, kassör  
Gösta Liljeholm  
Andreas Karlsson  
Torun Kallings  
Alexandra Arnberg  
Maria Lagerlöf  
Li Wolf  
Diana Fabian  
Matilda Larsson  
Ljufur Dagsson  
Margaretha Bylund-Andersson  
Graciela Rovner (adjungerad)

#### Mediakontakt:

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

#### Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist:  
btf.kansli@gmail.com  
Andreas Larsson, KBT-listan:  
btf.listadmin@gmail.com  
Anders Görling, webbredaktör

#### Revisorer:

Rolf Olsson  
Johan Wetterlöv  
Revisorssuppleanter:

Håkan Wisung  
Lotta Reuterskiöld  
Medlemsregistrerare:  
Cecilia Brant-Lundin  
Piret Kams

#### Valberedning:

Johanna Morén  
Maria Jannert  
Vendela Zetterqvist

#### Hemsidor och IT:

Lars Ström

#### Nätverk:

KBT-nätverket i Norrbotten  
Behavioristiska studentnätverket  
BTF Skåne  
Författarnätverket  
KBT vid psykos  
KBT Västerbotten  
Svenska ACT-gruppen för verk-  
samma kliniker  
Mitt KBT-nätverk (Västernorrland,  
Jämtland mfl)  
KBT vid smärta

#### Redaktionen Cognitive Behaviour Therapy:

Per Carlbring  
Gerhard Andersson  
Maria Tillfors

#### Handledarkommittén:

Eva Magoulas  
Mehrddad Beigi  
Eva Gafvelin-Ramberg  
Marianne Lundahl



### **Björn Paxling**

Detta blir mitt femte och sista år i styrelsen där jag nu är inne på mitt tredje år som ordförande. Att arbeta för BTF är något av det roligaste jag gjort, utmaningarna är stora och ärenden som kommer upp i styrelsen är ofta komplexa, men utöver att uppdraget varit utvecklande för mig så blir jag också fantastiskt förstärkt både av kollegorna i styrelsen och av er medlemmar! Som ordförande ser jag det som min främsta uppgift att hålla en tydlig och samtidigt tillåtande struktur på styrelsearbetet så att alla förtroendevalda ledamöter kan arbeta utifrån sina mål och visioner för föreningen på bästa möjliga vis. Ni blir inte riktigt av med mig fastän jag lämnar styrelsen nästa år, då kommer jag istället ha mer tid att ägna åt förberedelserna inför EABCT2016! Arbetsmässigt är jag psykolog och har disputerat på internetbaserade behandlingar för GAD, sedan mars 2013 arbetar jag på Psykologpartners. Jag bor tillsammans med min fru Linda och vår lilla Lilo i Malmö. Jag är också ordförande i föreningen Vegan Runners vilket kombinerar tre av mina intressen: löpning, vegansk matlagning och styrelsearbete.



### **Olof Johansson**

Bor i Malmö tillsammans med sambo och två döttrar. Leg psykolog utbildad i Lund, idag delar jag min tid mellan doktorandstudier på Lunds universitet och klinisk verksamhet inom vuxenpsykiatri i Malmö. Har varit kassör i BTF de senaste tre åren, blev medlem i föreningen för ungefär sju år sedan. I styrelsen har jag lagt en del arbete på att få olika delar av BTF-organisationen att flyta fint tillsammans och på att hitta bra rutiner för planering och uppföljning tillsammans med vår kanslist. I övrigt njuter jag och plågas i fulla drag av småbarnslivet. Då tillfälle ges brukar jag ta chansen att se det skånska slättlandskapet från cykelsadeln.



### **Torun Kallings**

Jag har de två föregående åren varit medlemssekreterare i föreningen och sitter nu ett tredje år i styrelsen. Mitt arbete i föreningen började med att jag, efter att ha uppskattat årskongresserna i flera år, halkade in på att jobba med logistiken kring 40-årsjubileet i Stockholm 2011. Jag är psykolog, läste i Lund, och går nu psykoterapeutprogrammet på KI. Jag arbetar på en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning inom Stockholm läns landsting. Jag lär mig mycket genom föreningen och årskongresserna lockar fram det som är roligt med att arbeta med KBT – kopplingen mellan forskning och klinik. Arbetet i styrelsen är roligt eftersom det är med trevliga och aktiva personer. Jag kommer att vara med i arbetet kring EABCT-kongressen i Sverige 2016.



### **Graciela Rovner**

Jag är beteendeorienterad sjukgymnast, smärtspecialist med en bakgrund av att ha arbetat som kroppsriktad psykoterapeut i mitt födelseland, Argentina. Jag har bott i flera länder (Italien, Brasilien, lite i Frankrike och i USA), är gift och har två utflugna barn. Eftersom jag inte gillar att titta på tv, har jag ägnat mig åt att dels studera vidare och dels träna. Jag har tagit tre svenska klassiker samt tre masters här i Sverige (sjukgymnastik, psykologi och kliniskt medicinskt vetenskap) och nu doktorerar jag på Rehabiliteringsmedicin på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet. Mitt forskningsämne är multiprofessionell smärtherehabilitering, från bedömning till behandling. Att arbeta multiprofessionellt är för mig inte bara självklart, utan hälso- och sjukvårdens framtid. Rehabiliteringsmedicin är ett fantastiskt område för att utvecklas, dels för det självklara inom multiprofession, men också för att det är en av disciplinerna som erkänner och arbetar utifrån kontext och funktion, vilket ju är centralt när man vill hjälpa patienter med kroniska eller långvariga tillstånd tillbaka till ett meningsfullt och vitalt liv. Efter många år inom specialistvården arbetar jag nu inom primärvården med att utveckla smärtherehab. Jag är väldigt glad och känner mig mycket ärad att bli tillfrågad som sjukgymnast att ingå i styrelsen och ser verkligen fram emot att kunna bidra med min framåtanda och mitt engagemang i arbetet inom föreningen!





### **Gösta Liljeholm**

Jag är psykolog med utbildning från Uppsala (-07) och sedan fyra år tillbaka behandlingsansvarig på ett behandlingshem för tonårspojkar i Stockholm. 2013 kommer bli mitt andra år i styrelsen och jag har precis lämnat ifrån mig sekreteraruppgiften för att gå vidare och ha mer tid att arbeta med sakfrågor. Till mina intressen hör att verka för att BTF ska vara en förening som är öppen och inkluderande och därmed intresserad av alla som är intresserade av beteendeterapi. Jag tycker också att det är viktigt att lyfta fram inlärningspsykologi och beteendeanalys som verktyg för beteendeförändring i andra kontexter än terapirummet. Tidigare har jag jobbat flera år med föreningens workshopgrupp och gjorde en intensiv punktinsats kring 40-årsjubileet i Stockholm 2011. För mig har föreningen efter utbildningstiden varit det viktigaste sammanhanget för inspiration, omvärldsbevakning och inte minst kontaktskapande och jag vill jobba för att den ska fortsätta vara det för framtida kolleger.



### **Li Wolf**

Mitt namn är Li Wolf, jag bor i Göteborg. Jag är socionom, medicine magister och leg psykoterapeut. Jag blev klar med min psykoterapeutexamen våren 2012 och läste vid Karolinska institutet. Jag har arbetat med KBT inom barn- & ungdomspsykiatri i Göteborg 1999 – 2013, mestadels på två specialistenheter, en för patienter med tvångssyndrom och en för patienter med ätstörningar. Sedan april 2013 arbetar jag på Tina-mottagningen, en privat vuxenpsykiatrisk mottagning i Göteborg och med min privata mottagning, Wolf KBT. Jag är glad över att ha blivit invald i styrelsen och ser fram emot ett spännande och lärorikt år i styrelsen för BTF. En av mina främsta ambitioner är att sprida kunskap om beteendeterapi och få igång ett mer aktivt BT-nätverk i Göteborgsregionen.



### **Matilda Larsson**

Sedan 2010 arbetar jag som leg psykolog på Psykologpartners med handledning, utbildning och behandling. Efter psykologexamen från Stockholms universitet våren 2009 gjorde jag PTP på Karolinska sjukhuset i Solna. Som nylegitimerad flyttade jag till Skåne och började arbeta på Psykologpartners och sedan sommaren 2012 är jag tillbaka i huvudstaden. Jag är 30 år och har varit medlem i BTF sedan 2008, i styrelsen är jag nyinvald. Som medlem i BTF:s styrelse hoppas jag på att utveckla föreningens arbete att sprida kunskap om inlärningspsykologi och beteendeterapi såväl kliniskt som inom organisationer. Fritiden ägnas åt familj och vänner, träning, jakten efter de ultimata auktionsfynden och det nyvunna intresset segling.



### **Maria Gustafsson**

Leg psykolog med bakgrund inom beteendemedicin, specialistpsykiatri, fokuserad klinisk beteendeanalys och parterapi på Internet. Arbetar sedan hösten 2012 på Gustavsbergs vårdcentral i Värmdö kommun. En variationsrik klinisk vardag har gjort mig engagerad i frågor kring metodutveckling, tvärprofessionellt teamarbete och tillgänglighet av evidensbaserade beteendeterapeutiska insatser. Nu tar jag över stafettpippen som medlemssekreterare och vill uppmana dig som läser detta att bekanta dig med funktionerna på hemsidan för att underlätta vår kommunikation med varandra. Tack för visat förtroende; jag ser fram emot uppdraget!

# Styrelse sidor



## **Maria Lagerlöf**

I juni 2012 tog jag min psykologexamen från Karolinska Institutet. Jag bor för närvarande i Skaraborg och gör min PTP inom BUP på Barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Lidköping. I höst bär det dock av hemåt Stockholmstrakten igen; till familj och vänner och ett nytt spännande jobb på ännu okänd arbetsplats. Har varit medlem i BTF sedan studietiden och var bland annat med som volontär under 40-årsjubileet i Stockholm. Är ny medlem i styrelsen och ska bland annat dela ansvaret som sekreterare med Matilda Larsson och Andreas Karlsson. Jag ser fram emot ett spännande år med många möjligheter att engagera mig för BTF, och blev särskilt glad för den nya arbetsgruppen om klimatfrågan och grön omställning.



## **Ljúfur Dagsson**

Jag gick med i BTF i sluttampen av min studietid till psykolog. Föreningen har betytt mycket för mig genom att ge mig möjlighet att träffa andra som är intresserade av inlärningspsykologi och forskning. En massa spännande workshops och årskonferenser har jag hunnit med. KBT-listan, en av mina favoriter, måste vara det bästa som hänt Sverige sedan citronpeppar kom till landet. Jag hoppas få möjlighet att jobba med workshops och årsmötet 2014 i Göteborg under året. I mitt arbete så är jag kliniker och arbetar på WeMind i Göteborg med behandling och i viss mån även neuropsykiatriska utredningar. Jag delar min fritid mellan Göteborg och Stockholm där jag också bor. Som person är jag en hyfsat impulsiv och glad typ.



## **Diana Fabian**

Jag är 52 år gammal och socionom sedan början av 90-talet och har studerat legitimationsgrundande psykoterapiutbildning på Psykologiska Institutionen i Stockholm. Har sedan arbetsstart arbetat behandlingsinriktat, främst inom vuxenpsykiatri. I dagsläget arbetar jag i Kungsbacka, som ligger ca 6 mil söder om Göteborg. Jag delar min tid mellan öppenvård psykiatri, där jag arbetar med DBT och min privata verksamhet KBT Väst. Medlem i BTF blev jag 2008. Fritiden ägnas framför allt åt familjen, barn och barnbarn, men också vänner och en hel del löpträning.



## **Margareta "Maggan" Bylund Andersson**

Arbetar på Behandlingsenheten Väst i Alvik, är skötare med mycket lång erfarenhet, har bland annat steg 1 PDT, samt KBT, och DBT intensive, med tillhörande fortsättningskurser, har nyligen gått schematerapiutbildning. Arbetar främst med DBT i grupp och individuellt, samt individuella stödkontakter där fokus ligger på struktur och beteendeförändring. Privat: gift, 3 unga vuxna döttrar, gillar friluftsliv, Quentin Tarantino-filmer, whisky, böcker och magasinet "Filter". Är övertygad republikan.



### **Alexandra Arnberg**

Jag är psykolog och psykoterapeut med examen från Linköpings respektive Stockholms universitet. Sedan några år driver jag och arbetar kliniskt på Moment Psykologi i Stockholm. Tidigare har jag varit verksam inom BUP i Västra Götaland och i Halland samt inom allmänpsykiatri i Uppsala. Jag har (liksom många andra) erfarenhet av att få kämpa för implementering av KBT i miljöer där okunskapen ibland har varit stor. Jag har tidigare varit engagerad i psykologförbundets studeranderåd och deltagit i bedömggruppen vid Höskoleverkets utvärdering av psykologiämnet och psykologprogrammen 2004. Säkerställandet av kvalificerade behandlare som utförare av KBT är en viktig fråga som engagerar mig, och som kommer vara aktuell i styrelsearbetet.



### **Andreas Karlsson**

Programansvarig för, och lärare vid, psykologutbildningen i Östersund. Under första halvan av 90-talet utbildad i Uppsala, därefter arbetat med neuropsykologisk rehab, forskning, psykiatri, utbildning, handledning m.m. Kom med i styrelsen förra året, i samband med att årsmötet arrangerades i Östersund. Ser fram emot ännu ett års arbete.

## **Styrelsens olika ansvarsområden:**

**Ordförande** - Björn Paxling

**Kassör** - Olof Johansson

**Medlemssekreterare** - Maria Gustafsson

**Sekreterare** - Andreas Karlsson, Maria Lagerlöf, Matilda Larsson

**Hemsida & IT** - Matilda Larsson

**Beteendeterapeuten** - Ljúfur Dagsson

**CBT** - Torun Kallings

**Workshops** - Graciela Rovner

**Årsmötesgruppen** - Torun Kallings

**Media och opinion** - Alexandra Arnberg och Li Wolf

**Utbildningsfrågor** - Andreas Karlsson

**Stipendier och priser** - Gösta Liljeholm

**Samverkansgruppen sfKBT** - Björn Paxling

**Nätverk** - Diana Fabian

**EABCT-representant** - Björn Paxling

**KBT-listan** - Maria Lagerlöf

**Infogrupp och annons** - Margareta Bylund Andersson

NYHET!

# UP

## Unified Protocol

**Unified Protocol** är en **affektfokuserad, integrativ KBT metod** som förenar verksamma, evidensbaserade principer från alla tre vågorna av KBT. Syftet är att ha en gemensam, flexibel behandlingsmanual för all ångest- och depressionsproblematik. UP bygger på gedigen forskning om affektreglering och känslomässigt undvikande, och är en intensiv korttidsbehandling som ger ersättning enligt rehabgarantin. Läs mer på [interagerapsykologi.se](http://interagerapsykologi.se)

- 8 heldagar.
- Rabatterat pris vid anmälan före 30/6
- Under ackreditering som specialistkurs.
- Ger certifiering som UP-terapeut med godkänd handledning och skattning av inspelade sessioner.
- Stor vikt läggs vid konkret färdighetsträning.
- Kursstart i Göteborg oktober 2013.
- Kursstart i Stockholm oktober 2013.



### Mindfulness

**Mindfulness i psykologisk behandling\***

KURSSTART: 6/5

Kursen är förhandsackrediterad som specialistkurs



### IPT

**IPT Nivå A med klinisk tillämpning\***

KURSSTART: 7/10

Kursen är förhandsackrediterad som specialistkurs



### IPT

**IPT klinisk fördjupning\***

KURSSTART: 27/8

Kursen är förhandsackrediterad som specialistkurs

Vår uppgift är att utveckla. Utveckla hela branschen och yrkesrollen. Vårt mål är bra resultat och bättre lösningar. Därför måste vi prova nya sätt att lösa problem, omsätta teorier i praktiken och kombinera flera synsätt och metoder – oavsett vad som är kutym i branschen. Vi är alltid öppna för diskussion och dialog. Och vi vågar tänka om. Om och om igen. Helt utan prestige.

Läs mer om alla utbildningar, se de senaste filmerna på Interagera Play och ladda ner verktyg m.m. på [www.interagerapsykologi.se](http://www.interagerapsykologi.se)

**interagera**<sup>®</sup>

Verksam Psykologi