

Kognitiv beteendeterapi

KBT



Beteendeterapeutiska
föreningen

1 Allmänt om KBT

VAD ÄR BETEENDETERAPI OCH KOGNITIV TERAPI?

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Beteendeterapi (BT) är psykoterapier som grundar sig på forskning och teori-bildning inom inlärningspsykologi, kognitionpsykologi, socialpsykologi samt kunskaper om människans nervsystem. Tonvikten i terapierna ligger på samspelet mellan individ och omgivningen, här och nu.

DET SÄTT SOM begreppet »beteende» används inom BT och KBT skiljer sig dock från vardagsspråkets användning av ordet. Med beteende menas inte här bara specifika handlingar, utan allt en individ gör som påverkar henne och hennes omgivning, såsom hennes kroppsliga reaktioner, hennes tankar och hennes känslor.

Beteende i denna bemärkelse är föremål för förändring inom beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi, där ordet kognitiv betonar ett extra fokus på just tankar och tolkningar.

MAN KAN DÄRFÖR säga att KBT och BT beaktar hela människan, inte bara det som sker inom individen, utan även hur omvärlden påverkar och påverkas av henne.

De psykoterapeutiska metoder och tekniker som tagits fram utifrån detta synsätt har i ett stort antal vetenskapliga studier visat sig effektiva och ibland mycket effektiva när det gäller behandling av psykiska problem.

»Med beteende menas inte bara specifika handlingar, utan allt en individ gör som påverkar henne och hennes omgivning, såsom hennes kroppsliga reaktioner, hennes tankar och hennes känslor»

TILL VEM RIKTAR SIG KOGNITIV BETEENDETERAPI?

KBT är inte en enda sorts terapi, utan ett stort antal metoder som har utarbetats efter anpassning till de behov som en patientgrupp eller en viss individ kan ha.

I terapin börjar terapeuten med att göra en beteendeanalys av samspelet mellan individen och omgivningen. Grunden för beteendeanalysen är att varje människa är unik och analysen är därför högt individualiserad, men utifrån allmänna principer.

Analysen syftar dels till att kartlägga de historiska orsakerna till individens problem, dels till att reda ut vad det är som gör att problemen finns kvar – det vill säga vad som vidmakthåller dem.

ORSAKERNA TILL problemen är självklart svåra att säkert säga något om, men en kunnig terapeut vet mycket om vilka samspel mellan individ och omgivning som brukar förekomma. Tanke- och beteendemässiga strategier som man använt för att hantera tidigare relationer och situationer analyseras för att skapa förståelse för problemens vidmakthållande.

I terapin är fokus främst på här och nu, på de situationer som personen vistas i, på

hans eller hennes beteenden samt vilka konsekvenser dessa får.

Det kan handla om t ex att man tidigare lärt sig att hantera jobbiga situationer och känslor på ett sätt som inte fungerar så bra i längden, sociala färdighetsbrister, feltolkningar av signaler från den egna kroppen och omgivningen eller hur andra reagerar på ens olika beteenden.

»Grunden för beteendeanalysen är att varje människa är unik och analysen är därför högt individualiserad men utifrån allmänna principer»

DE BEHANDLINGSMETODER som ryms inom KBT kan handla om en persons problem och upplevelser som vid individualterapi, eller om problem som gäller flera personer som vid familjeterapi. Ibland behandlas flera personer med liknande problem i gruppbehandling och på senare tid har även vägledad självhjälp via Internet och utifrån självhjälpböcker börjat användas som en behandlingsform.

KBT HISTORISKT OCH IDAG

Det finns ingen enhetlig teori som förklarar alla psykiska problem eller ger riktlinjer för all slags behandling. Det kognitiv-beteendeterapeutiska arbetet utgår inte från några på förhand givna eller oomtvistade teorier utan bygger på forskning och praktisk erfarenhet. KBT är alltså i ständig utveckling.

Trots att kognitiv beteendeterapi omfattar en mängd teorier och metoder finns tydliga gemensamma drag:

- Strukturerat, målinriktat arbetssätt
- Mycket aktiv terapeut
- Terapirelationen med fokus på samarbete mellan terapeut och klient
- Fokusering på nuet, mer än på det förflutna
- Vetenskaplig utvärdering av metoderna
- Förändring av metoderna i takt med nya forskningsrön
- Användning av hemuppgifter som klienten utför i sin egen miljö
- Pedagogisk inriktning för att ge klienten egen kontroll över sitt liv

BETEENDETERAPIN VÄXTE fram under 1950-talet och har genomgått en mycket snabb utveckling.

Redan i början av 1970-talet hade beteendeterapin passerat den psykoanalytiska terapin räknat i antal publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter. Sedan 1980-talet började även mer kognitiva metoder att användas och idag handlar merparten av den psykologiska behandlingsforskningen om kognitiva- och beteendeterapeutiska metoder.

Den omfattande forskningen har lett till att metoderna har succesivt förbättrats och förfinats. Idag finns dokumenterat effektiva behandlingsmetoder för de flesta slag av ångestproblem, depressioner och ätstörningar. Vidare för sex-och samlevnadsproblem, missbruksproblem och sömnproblem. Detsamma gäller schizofreni, psykosomatiska och stressrelaterade problem samt olika former av problem hos barn och personer med neuropsykologiska hinder.

DÄR MAN JÄMFÖRT behandlingsresultat av beteendeterapeutiska och kognitiv beteendeterapeutiska metoder med andra

terapi-metoder har man vanligtvis kunnat notera bättre resultat för BT/KBT. Inte i något område har KBT fått sämre resultat än andra psykoterapeutiska insatser och det är även den metod som har prövats vid flest olika typer av psykologiska problem.

I USA, KANADA, Australien och Storbritannien har BT och KBT en mycket stark ställning bland psykologer, psykoterapeuter och övrig personal i psykiatri.

I Sverige har det varit en långsammare spridning och här är ännu efterfrågan på behandling betydligt större än utbudet. Vissa delar av den offentliga vården saknar egen kognitiv-beteendeterapeutisk kompetens och den måste därför remittera klienter vidare.

DEN SENASTE TIDEN har intresset för, och utbildning i BT och KBT, ökat även i Sverige. SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) har i sina rapporter om ångest och depression kommit fram till att det vetenskapliga stödet för behandlingsmetoderna är mycket gott.

De riktlinjer som Socialstyrelsen utfärdat för behandling av psykiatriska problem lyfter också mycket tydligt fram kognitiva och beteendeterapeutiska metoder. De främsta utmaningarna just nu är att värna om kvaliteten på utbildningar och att det finns kvalificerade och legitimerade personer som kan utföra behandlingarna på ett bra och säkert sätt.

2 KBT för olika problem

KLINISK TILLÄMPNING

Ioch med den sydafrikanske psykologen Joseph Wolpes första banbrytande arbete med systematisk desensibilisering på 50-talet har beteendeterapeuter i kliniskt arbete och genom gedigen forskning visat att beteendeterapi är ett effektivt sätt att analysera och behandla många olika slag av psykiska problem.

ÅNGESTPROBLEM

Att känna ett visst mått av ångest är normalt och underlättar för oss att undvika och fly faror. Men många människor lider av en ångest som inte står i proportion till den verkliga faran. Ångesten blir därmed ett allvarligt hinder för ett normalt liv. Ångeststörningar finns av flera olika slag: Fobier, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, tvångssyndrom och post-traumatiskt stressyndrom.

FOBIER

Vid fobier är ångesten knuten till bestämda situationer. Specifika fobier är väl avgränsade till en enda typ av föremål eller situation. Vanligt är fobier för ormar, spindlar, blod eller höga höjder. Denna form av stark rädsla kan ofta botas med korta och intensiva behandlingsinsatser; ibland räcker det med en enda lång session.

Grundprincipen för behandlingen är att klienten måste möta det som skapar

rädslan. Behandlingen sker i små steg, i takt med förbättringen, och leder till upplevelsen att man klarar konfrontationen bättre än vad man trodde. Detta kallas för gradvis exponering. Resultatet blir att klienten utvecklar mer verklighetsförankrade föreställningar om både situationen och den egna förmågan att hantera den.

SOCIAL FOBI ÄR EN stark rädsla för att bli bedömd och granskad av andra människor. Undvikande är en vanlig strategi om man har social fobi. Om man inte kan undvika sociala situationer helt och hållet utan tvingas att vara i dem, kanske man utvecklar beteenden och strategier döljer rädslan och som kortsiktigt gör att man känner sig säkrare, s.k. säkerhetsbeteenden. Dessa säkerhetsbeteenden är också ett slags undvikande då de hindrar en från att uppleva att situationen inte är så farlig.

I BEHANDLINGEN FÅR man tillsammans med terapeuten ta reda på mer om sina säkerhetsbeteenden och hur dessa kan upprätthålla rädslan för sociala situationer. För att övervinna rädslan och känna sig mer avslappnad i sådana situationer får man göra experiment med sina säkerhetsbeteenden på ett sådant sätt att det ger en chans att utmana de negativa tankarna.

En annan effektiv metod mot social fobi är gruppterapi där deltagarna får rollspela svåra situationer, diskutera sin egen och andras tolkningar av situationen och försöka komma fram till alternativa, mer realistiska förhållningssätt. De allra flesta blir allmänt stärkta av sina framsteg i behandlingen.

Det är inte ovanligt att förbättringen fortsätter också sedan terapin är avslutad

och generaliseras till andra situationer. Terapin tycks leda till att klienten utvecklar nya strategier och mer konstruktiva sätt att aktivt ta itu med problemfyllda situationer.

TVÅNGSSYNDROM

Tvångssyndrom är den svenska beteckningen för engelskans OCD, »Obsessive Compulsive Disorder». Detta problem uppstår hos ca 2 % av befolkningen. Enl. WHO (World Health Organisation) är tvångsproblem bland de 10 mest handikappade diagnoserna sett ur livskvalitetsperspektiv. Idag finns det dock anledning för människor med tvångsproblem att vara optimistiska, om de får möjlighet att få hjälp med kognitiv beteendeterapi.

Tvångsproblem förknippas tyvärr ofta med ett stort mått av skam, vilket fördröjer både diagnos och behandling.

TVÅNGSPROBLEM BESTÅR av två delar: Tvångstankar, som är ofrivilliga, önskade tankar som framkallar ångest och annat obehag och tvångshandlingar, som är viljestyrda handlingar vars funktion är att minska dessa obehag och förhindra upplevda risker.

Vanliga typer av tvångsproblem är rengöringstvång, som väcks av tankar kring smitta eller ämnen som förknippas med kroppsvätskor, eller kontrolleringstvång, som utlöses av rädsla för att orsaka farliga situationer, såsom brand, översvämning, bilolycka eller inbrott. Dessa rädslor leder i sin tur till tvångshandlingar som omfattande tvättning eller upprepade och tidskrävande kontroller.

Hos vissa människor kan tvångshandlingar också bestå av tankar i form av ram-

or, böner eller bilder i form av »goda» bilder i stället för »dåliga». Vanligtvis leder tvångsproblem på sikt till ett utbredd undvikande av alla de tänkbara situationer som skulle kunna starta de obehagliga tvångstankarna och de tidskrävande tvångshandlingarna.

TIDIGARE BETRAKTADES tvångsproblem som mycket svårbehandlade. Men sedan 1970-talet har kognitiv beteendeterapi visat sig vara den mest effektiva behandlingsmetoden sett ur långtidsperspektiv.

Behandlingen bygger på två delar: exponering, som innebär att individen utsätter sig gradvis för det som framkallar obehag, och responsprevention, vilket innebär att individen frivilligt avstår ifrån handlingar som reducerar obehaget.

DET ÄR OCKSÅ viktigt att individens anhöriga utbildas och involveras i behandlingen. Dessutom är det viktigt att arbeta för att använda den tiden som tidigare ägnades åt tvångshandlingar efter framstegen riktas mot meningsfulla aktiviteter som ökar individens livskvalitet. För dem som deltar i en behandling som bygger på dessa grundpelare uppnår 75% en klar förbättring i sina problembeteenden.

PANIKSYNDROM

Paniksyndrom innebär att individen får intensiva ångestattacker med egentligen ofarliga kroppsliga symtom som skapar en rädsla för att dö, att bli galen eller på annat sätt förlora kontrollen.

Typiska paniksymtom är andnöd, hjärtklappning, bröstsmärtor, yrsel, skakningar och svettningar. Personer med

panikattacker söker ofta upp sjukhusens akutmottagningar eftersom de kroppsliga reaktionerna är så tydliga.

TIDIGARE, UNDER 1970-talet, betraktades också paniksyndrom främst ur ett biologiskt perspektiv och behandlades med psykofarmaka.

Under 1980-talet utvecklades dock en kognitiv förståelsemodell för panikattacker: Typiskt är att den drabbade gör en katastroftolkning av sina kroppsreaktioner, tolkningen späder på rädslan, rädslan ökar de kroppsliga symtomen och det uppstår en ond spiral som mynnar ut i en panikattack.

En vanlig behandlingsintervention innehåller därför flera beteendetest som får klienten att inse att de skrämmande kroppsreaktionerna inte är tecken på en annalkande katastrof. Klienten får ibland också lära sig en speciell andningsteknik eller avslappningstekniker som dämpar kroppsreaktionerna.

AGORAFOBI ÄR EN störning som ofta blir en följd av panikattacker. En agorafobiker är rädd för att uppsöka platser som är svåra att fly från och där ingen hjälp står att få om man drabbas av en panikattack, såsom folksamlingar, tunnlår, broar och bussar.

Den bästa behandlingen är här gradvis exponering – att frivilligt, planerat, under kontrollerade omständigheter gradvis utsätta sig för det man undviker – kombinerat med beteendetest av olika kroppsliga reaktioner.

Terapeuten hjälper klienten att stegvis mobilisera modet att utsätta sig för faran och att hålla ut, tills ångesten släpper. I terapeutens närvaro får klienten en ny

tro på sin egen förmåga att hantera situationen. Som en följd minskar också själva rädslan.

GENERALISERAD ÅNGEST

Generaliserat ångestsyndrom utmärks av att klienten känner en kronisk oro inför en mängd olika livsomständigheter. Det kan gälla familj, ekonomi, arbete och egen hälsa. Ångesten är alltså inte knuten till någon speciell situation, som vid fobisk ångest och kommer heller inte i attacker som vid paniksyndrom.

KLIENTEN HAR OCKSÅ ofta s.k. metaoro (oro för sin oro) om vad oroandet kan leda till. Ofta tror klienten att för mycket ångslan och orostankar kan leda till katastrofer av olika slag, såsom att tappa kontrollen eller bli sjuk.

Med kognitiv behandling kan klienten förmås att identifiera och testa rimligheten i sina oroande tankar och att utveckla alternativa tolkningar och tankesätt. Andra utprovade behandlingsstrategier är att lära individen att bemöta sina orostankar på ett annat sätt, t ex genom tillämpad avslappning, fokuseringsövningar (s.k. mindfulness), begränsa oroandet till en kortare bestämd stund eller att bryta grubblandet med alternativa aktiviteter.

POST-TRAUMATISKT STRESSYNDROM

Personer som utsätts för starkt traumatiska upplevelser som våldtäkt, överfall, krig eller dödsfall kan ofta drabbas av starka och handikappande ångestreaktioner som inte avklingar med tiden utan snarare ten-

derar att mer och mer dominera personens liv och sänka livskvaliteten. Traumatiska händelser kan ständigt återkomma i drömmar eller vaket tillstånd och den traumatiserade gör ofta allt för att undvika minnas.

POST-TRAUMATISKT stressyndrom behandlas utifrån två principer: Den ena är exponering i fantasin. Klienten utsätter sig gradvis, under trygga omständigheter i terapin för minnena av den traumatiska händelsen till dess ångest klingar av.

Den andra principen är att tydliggöra hur den svåra händelsen har påverkat klientens grundsyn på livet, på sig själv, på andra människor. Därefter försöker terapeut och klient att göra dessa grundantaganden så realistiska och verklighetsnära som möjligt.

DEPRESSION

Deprimerade personer uppvisar en tydligt sänkt sinnestämning. De förlorar vanligtvis energi och intresset för vardagliga aktiviteter. Koncentrationsförmågan kan försämrats, liksom förmågor som rör tankeverksamhet och beslutsfattande. Sömnproblem och viktnedgång är också vanliga symtom.

Den deprimerade personen tänker i negativa banor kring det mesta. Tillvaron känns meningslös, framtiden hopplös och ofta kan man uppfatta sig själv som värdelös. Det är vanligt med skuldkänslor och självmordstankar.

MAN SKULLE KUNNA säga att en gemensam nämnare för alla dessa symtom är att den deprimerade personen »försvinner in i sig själv»; att han eller hon tillbringar ofta mycket tid i ensamhet och

förlorar intresset för vardagliga aktiviteter och sociala kontakter. Istället upptas mycket tid av egna tankar och känslor.

KBT-behandling för depression bygger därför på att bryta detta mönster hos individen, d.v.s. att hjälpa den deprimerade med återfå kontakten med sociala relationer och meningsfulla aktiviteter samt att hjälpa klienten att avdramatisera eller ifrågasätta sina negativa tankar.

TILLSAMMANS MED terapeuten schemaläggs olika aktiviteter för att individen gradvis ska återfå kontakten med de meningsfulla aspekter av livet som ofta fanns tidigare, men som nu försvunnit. Vad det innebär är förstas individuellt men skulle kunna vara allt ifrån att t.ex. gå på bio med en vän eller motionera, till att bli mer delaktig i en nära relation. Genom att individen blir mer delaktig i sin vardag påverkas också tankarna om den egna personen positivt.

Inom psykiatri är psykofarmaka fortfarande den vanligaste behandlingsmetoden vid depressioner. Många personer får dock besvärande biverkningar av medicinen eller tycker att den ger otillräcklig lindring. De kognitiva och beteendelinriktade metoderna har visat sig ge minst lika god effekt. Efter genomgången KBT har personen lärt sig nya sätt att hantera motgångar och besvikelser och står starkare rustad inför eventuella återfall.

ÄTSTÖRNINGAR

De vanligaste ätstörningarna är anorexia nervosa och bulimia nervosa. Anorexia förekommer huvudsakligen hos tonårsflickor och yttrar sig i beteenden

den som resulterar i låg vikt (dvs, under den nedre normalgränsen för åldern och kroppslängden). Trots uppenbar undervikt har klienten en intensiv rädsla för att vara tjock eller att gå upp i vikt.

Klienter med Bulimia är ofta normalviktiga. Störningen yttrar sig i återkommande perioder av hetsätning då klienten äter betydligt större mängder föda än vad som kan anses normalt och upplever sig samtidigt att ha förlorat kontrollen över ätandet.

UTMÄRKANDE FÖR BÅDA grupperna är en förvrängd bild av utseende och kroppsvikt. Självbilden är överdrivet påverkad av uppfattningen om figur och vikt. Under de senaste 20 åren har vi lärt oss mycket om förståelsen och behandlingen av dessa problem. Kognitiv beteendeterapi har kommit att anses som förstahandsval när det gäller behandling vid ätstörningar eller har blivit den viktigaste delen vid kombinationsbehandling.

KBT BYGGER PÅ att klienten förgrann dagbok för att få en realistisk bild av sina ätvanor, lär sig äta regelbundet och inse att vikten, trots ens föreställningar, inte ökar dramatiskt när man äter normalt. Vissa går t.o.m. ner i vikt av att börja äta. Klienten får också hjälp att förvärva nya beteenden och förstår vad maten, svåten, överätningar och kompensatoriska beteenden haft för funktion. Klienten lär sig dessutom andra funktionella beteenden för att uppnå de effekter som stört ätande har haft.

Att sluta banta, normalisera vikten, lära sig problemlösning och utveckla en självbild där mycket annat än vikt och figur är med, utgör en viktig del av behandlingen.

SAMLEVNADSPROBLEM OCH SEXUELLA PROBLEM

Samlevnadsproblem innebär att ett negativt mönster är förhärskande i umgänget. Parterna har litet eller inget utbyte av varandra, de har slutat att visa varandra uppskattning eller respekt och de har slutat att göra trevliga saker tillsammans.

De kan ha utvecklat nya behov, var för sig, som inte blir tillfredställda i relationen. Förväntningarna ställs allt lägre, benägenheten att se illvilja förstärks och de negativa känslorna blir mycket lättväckta. Ständigt missnöje och irritation blir rådande, på bekostnad av positiva och varma känslor.

TERAPIN INLEDS MED gemensamma och enskilda samtal. Syftet är att paret tillsammans med terapeuten kartlägger och får förståelse för hur problemen ser ut.

Behandlingen inriktas på att förändra negativa mönster och att bygga upp en positiv interaktion. Det kan innebära träning i att lyssna aktivt, att ge uttryck för känslor, att formulera sina behov tydligt och att ge och ta emot både uppskattning och kritik. Problem- och konfliktlösning ingår.

I terapin ingår även att lära sig att möta varandras behov i större utsträckning- kanske visa mer uppskattning eller planera in trevliga gemensamma aktiviteter.

EN ANNAN VIKTIG fråga kan vara att öka parets sexuella tillfredställelse. Ibland kan relationsproblemen leda till negativa konsekvenser på den sexuella samvaron. I andra fall kan sexuella funk-

tionsstörningar vara det primära problemet.

Behandlingen vid sexuella problem syftar till att minska de ångestkänslor som kan finnas knutna till problemen. Syftet kan också vara att stärka sexuella känslor, att öka kunskapen om sexualitet, sensualitetsträning och att utveckla nya färdigheter och bättre kommunikationsförmåga. I terapin förmedlar terapeuten kunskaper och ger förslag som paret får till uppgift att träna och tillämpa i hemmiljö.

Rörande individuella sexuella dysfunktioner, ex. vis tidig utlösning, erektil dysfunktion, vaginism och smärta finns även här evidensbaserade KBT – metoder som kan hjälpa.

SCHIZOFRENI

Symtomen vid schizofreni påverkas i hög grad av sociala och psykologiska faktorer, även om nästan all forskning visar att sjukdomen har biokemiska och genetiska orsaker. Vissa patienter tycks ha en sårbarhet som gör att de lättare utvecklar symtom när de råkar ut för påfrestningar. För många medför det ett livslångt handikapp med nedsatt funktionsnivå, tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar.

DEN FARMAKOLOGISKA behandlingen med framför allt neuroleptika är sedan länge etablerad. Kombinerad med kognitiv beteendeterapi har denna behandling visat sig ge ännu bättre resultat.

De viktigaste undersökningarna som gjorts på området har gällt familjeterapi och social färdighetsträning. Anhöriga till schizofrena personer utsetts för svåra

påfrestningar och behöver stöd, information och kunskap. Familjebehandling har visat sig minska risken för återfall hos patienten och därtill öka livskvaliteten för hela familjen.

UNDER SENARE ÅR har flera undersökningar visat att kognitiv beteendeterapi kan minska och lindra psykossymtom, framför allt hallucinationer och vanföreställningar. Det kan ske genom att vidareutveckla de strategier patienten redan använder vid symtom. Oftast bygger de framgångsrika behandlingarna på KBT-tekniker som liknar dem som används vid till exempel depression.

Intresset riktas alltmer mot tidig intervention, mot att om möjligt förebygga problem genom en rad åtgärder i ett tidigt skede. Även här har beteendeterapeutiska och kognitiva metoder visat sig vara framgångsrika. Det bedrivs också ett omfattande utvecklingsarbete för att sammanföra olika behandlingskomponenter. Så kallad integrerad vård är ett exempel på denna trend. Syftet är att skapa långsiktiga, fungerande samarbetsrutiner mellan klient, anhöriga och psykiatri.

DIALEKTISK BETEENDETERAPI VID BORDERLINESTÖRNING

Dialektisk beteendeterapi, DBT, är en behandling som utvecklats av professor Marsha Linehan vid universitetet i Seattle, University of Washington. Den är ursprungligen utformad för självmordsnära kvinnor med borderlineproblematik, men används nu även för en rad andra komplicerade psykiatriska tillstånd.

Klienter med borderlineproblematik har

stora problem att hitta balans i sina känslor, tankar och beteenden. De har även mycket svårt att få balans och stabilitet i relation till andra människor och skapar ofta kaos i sitt eget liv och i samvaron med andra.

I DBT FÅR KLIENTEN lära sig att hitta sådan balans både i sitt inre och i samspelet med andra. Det görs främst med hjälp av färdighetsträning i grupp, kombinerad med individualterapi. Framför allt strävar man mot att minska självdestruktivt och impulsivt beteende.

Med hjälp av metoden kan man i större utsträckning hålla klienten kvar i behandlingskontakten samt minska risken för självmord och behovet av sjukhusinläggning. Man kan också på lång sikt uppnå ett bättre liv för klienten.

Denna form av terapi skiljer sig på några punkter från vanlig KBT. Bland annat pågår behandlingen under längre tid, teamets roll betonas och anhöriga involveras och erbjuds aktivt stöd. Den har också inslag av österländsk meditationskonst i form av medveten närvaro, s.k. mindfulness. En hörnsten är dialektiken (balans), med fokus både på acceptering av nuet och på förändring.

RISKBRUK, SKADLIGT BRUK OCH BEROENDE

Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar kognitiv beteendeterapi vid problem med alkohol, läkemedel och narkotika. Problemen kan variera i svårighet, från riskbruk till skadligt bruk och slutligen beroende, med ökande grad av besvär. Vid riskbruk kan kort rådgivning

med ett eller två uppföljande samtal kan vara en effektiv metod. Vid missbruk och beroende är återfallsprevention en strukturerad och manualbaserad behandling som erbjuds individuellt och i grupp. Klienten får genom självobservation lära sig att bli mer uppmärksam på risksituationer som utlöser överkonsumtion och kan härigenom förebygga ett riskbeteende. Ett annat inslag är att utforska och träna att använda alternativ till substansen för att exempelvis uppnå lugn och avslappning.

KLIENTEN FÅR OCKSÅ lära sig om beroende och att använda beteendefärdigheter för att effektivt kunna vidmakthålla en inledd förändring. Metoder som ACT (Acceptance and commitment therapy) och Mindfulness (Medveten närvaro) används för att hjälpa klienter att bli bättre på att kunna hantera sug.

Problem med spel om pengar, dataspel och sexuella vanor har många likheter med substansberoende och studier visar att även vid problem av detta slag är KBT enligt metoderna ovan en effektiv behandling.

KBT VID PROBLEM HOS BARN

Kognitiv beteendeterapi har i upprepade forskningsstudier visat sig ge goda resultat för barn och ungdomar med en rad olika psykiska problem. Det gäller till exempel ångeststörningar, utagerande problem, depression, uppförandestörningar, ätstörningar, skolrelaterade problem, ADHD, autism och självskadebeteenden.

Behandlingen liknar på många sätt den som ges till vuxna klienter men anpassas utifrån barnets ålder och mognad.

Behandlingen tar sin utgångspunkt i en beteendeanalys som syftar till att kartlägga barnets problematik. Man tittar då på problemet ur flera perspektiv för att försöka förstå i vilka situationer problembeteendet uppträder, hur det yttrar sig och vilka konsekvenser det får för barnet själv, liksom för personer i barnets omgivning. Utifrån denna kunskap planeras sedan behandlingsinsatserna.

BEHANDLING AV BARN omfattar som regel inte bara barnet, utan även föräldrar och ibland också andra viktiga personer i barnets omgivning, såsom förskole- och skolorpersonal.

Behandlingen kan ske i många olika former, både som individualterapi, grupp-terapi där flera barn går tillsammans i en psykoterapigrupp eller familjeterapi, där barnet kommer tillsammans med sina föräldrar eller där föräldrarna kommer själva. Behandlingen kan också ske i form av rådgivning och konsultation till personer som i sitt arbete möter barnet.

MÅLET MED behandlingsinsatsen är att hjälpa barnet och familjen att hitta nya, mer konstruktiva sätt att hantera de svårigheter som barnet tåmpas med, för att på så sätt öka barnets livskvalitet och funktionsnivå. Längden på behandlingen varierar. Den kan ske vid något enstaka tillfälle eller pågå under flera års tid.

KBT INOM BARNHABILITERING

Problembilden inom barnhabiliteringen är bred. Barn med olika slag av funktionshinder (autism, rörelsehinder, utvecklingsstörning, ADHD, syn-

och hörselskador, kroniska sjukdomar etc) uppvisar i stor utsträckning vanliga barnproblem, men också svårare psykiska problem som tvångshandlingar, mutism, depression och psykos.

En del av barnets problem hänger ihop med det grundläggande handikappet. Många barn med dessa besvär upplever känslor av utanförskap och otillräcklighet eftersom de inte kan göra saker som andra barn gör.

Vanliga besvär kan också vara oro som en följd av sjukhusvistelse, smärtsamma medicinska ingrepp eller ångest och nedstämdhet för att de inte blir bättre i sin kroniska sjukdom.

Behandling på inlärningspsykologisk grund har visat sig användbar också inom barnhabiliteringen.

BEHANDLINGEN ANPASSAS efter barnets ålder och förmåga att förstå att ta eget ansvar. När barnet är litet eller svårt handikappat sker behandlingen indirekt via handledning och utbildning av viktiga personer i barnets närhet – föräldrar, personliga assistenter eller annan personal.

Ett viktigt exempel där psykologen arbetar som handledare och modell är intensivbehandling av små barn med autistiskt syndrom.

När barnet är äldre och har förmåga att själv delta i behandlingen sker arbetet direkt med barnet och med alltmer kognitiva metoder. Ofta används lek och lekmaterial för att barnet ska få en annan möjlighet att uttrycka sig än genom ord.

Barnmedicinska kunskaper förenas med KBT vid diagnos, behandling och rehabilitering liksom vid förebyggande av kroppssjukdomar. Detta är ett växande

område där kognitiva beteendeterapeuter spelar en viktig roll.

BETEENDEMEDICIN

Den teoretiska grunden för beteendemedicin är att beteenden och faktorer i livsstilen kan påverka kroppssjukdomars tillstånd, uppkomst och framför allt deras utveckling.

Beteendemedicinska metoder har dokumenterad effekt på bland annat följande områden: Muskel- och skelettsmärta, migrän, hjärt- och kärlsjukdomar, tinnitus, Meneières sjukdom, vissa mag- och tarmbesvär, illamående, cancer, HIV/aids och epilepsi.

Det första steget vid behandlingen är att göra en analys av den enskilda patientens risksituationer. Därefter kan olika tekniker att hantera dessa situationer, s.k. copingstrategier, tränas in och prövas. Målet är att minska besvären med hjälp av dessa tekniker.

LÅNGVARIG MUSKEL- OCH skelettsmärta, som värk i rygg, nacke, axlar eller fibromyalgi, är ett stort samhällsproblem som den traditionella medicinen inte lyckats komma till rätta med. Den beteendemedicinska behandlingsmodellen har däremot kunnat uppvisa övertygande resultat vid klinisk forskning.

Rehabiliteringen utförs oftast av ett arbetslag med beteendeterapeuter, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Målet för rehabiliteringen är att patienten ska lära sig nya copingstrategier och tillämpa dem i risksituationer. Det kan vara avslappningsmetoder, distraktionstekniker eller ett mer ergonomiskt arbetssätt.

Hjärt- och kärlsjukdomar har också blivit ett viktigt område för beteendemedicinen. Även här görs en analys av riskfaktorer så som stress, rökning, matvanor och brist på motion.

I behandlingen får sedan patienten hjälp att få hälsosammare vardagsrutiner och minska riskfaktorer, som för mycket stress. Behandlingen genomförs både i förebyggande syfte vid exempelvis högt blodtryck och efter en första hjärtinfarkt för att motverka återfall.

Rökavvänjning efter en beteendemedicinsk modell är förutom vid hjärt- och kärlsjukdomar också aktuell i samband med cancer, muskel- och skelettsmärter.

UTVECKLING AV ORGANISATIONER

Även chefer och organisationer kan ha nytta av inlärningspsykologisk kunskap om hur beteenden utvecklas i samspel med miljön.

En insats i en organisation inleds vanligen med att man specificerar vilket resultat man skulle vilja uppnå och på vilket sätt medarbetarna kan påverka det resultatet. Därefter kartläggs med hjälp av beteendeanalys de faktorer som upprätthåller nuvarande beteendemönster. Utifrån den analysen väljer man att genomföra förändringar som bedöms kunna påverka både beteenden och resultat i positiv riktning.

Till sist utvärderas i vilken grad insatsen har uppnått önskad effekt. Många insatser innebär att chefer får utveckla sin förmåga att kommunicera och motivera sina medarbetare. Studier av denna typ av insatser har visat på god effekt på

till exempel lönsamhet och säkerhet. Metoden kallas i USA för Organizational Behavior Management (OBM).

INTERNETFÖRMEDLAD KBT

Internetförmedlad KBT (IKBT) har utvecklats under de senaste 10 åren och innefattar ofta vägledning självhjälp där patienten går igenom ett behandlingsmaterial på nätet samtidigt som han får kontinuerligt stöd av en behandlare.

Det finns även helt automatiserade program där patienten går igenom behandlingen utan assistans. IKBT följer evidensbaserade behandlingsmanualer och är därför ingen annan form av KBT, utan snarare ett annat sätt att förmedla terapiformen.

Programmen pågår vanligtvis 8–15 veckor, men det finns även kortare behandlingar.

FORSKARE I SVERIGE HAR haft en ledande position i forskningen kring IKBT och ett stort antal kontrollerade randomiserade studier har genomförts inom ångest-, depression- och hälsoområdet.

I några studier har IKBT direkt jämförts med sedvanlig KBT (individuellt eller i grupp), och i de flesta av dessa studier har IKBT visats fungera lika bra som vanlig KBT. Däremot passar inte IKBT för alla patienter och för en del får det i stället vara ett komplement till annan behandling.

DET FINNS ÄVEN patienter som föredrar IKBT av praktiska skäl, exempelvis att kunna genomföra behandlingen på distans utan att behöva resa och ta ledigt från jobbet. Forskare i Sverige har även följt

upp långtidseffekter av IKBT, inklusive 5 år efter avslutad behandling för social fobi. Effekterna för dessa behandlingar tycks då kvarstå.

Man har även studerat hälsoekonomiska aspekter samt betydelsen av den terapeutiska relationen på nätet. I dagsläget är det ännu få ställen i Sverige som ger IKBT som reguljär behandling i vården, men en sannolik framtid är att Internet och modern informationsteknologi kommer att bli en självklar del av behandlingsarsenalen i KBT.



3 Beteendeterapeutiska föreningen

BETEENDETERAPEUTISKA FÖRENINGEN – BTF

Beteendeterapien kom till Sverige under senare delen av 1960-talet. Sten Rönneberg (professor emeritus) besökte under en studieresa USA och kom då i kontakt med denna nya terapiform. År 1971 bildades Beteendeterapeutiska föreningen av en grupp lärare och studenter vid Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

FÖRENINGENS ÄNDAMÅL är att sprida information om Beteendeterapi. Detta sker främst genom olika tidskrifter, samarbete med utbildningar och föreningens hemsida.

Föreningen samarbetar idag med utbildningsgivare till allt ifrån kortare introduktionskurser till treåriga legitimeringsgrundande psykoterapiutbildningar. Kontinuerlig vidareutbildning i kognitiv beteendeterapi ordnas av föreningen genom kortare kurser och workshops med svenska och utländska terapeuter och forskare som lärare.

FÖRENINGEN SAMARBETAR med kognitiv-beteendeterapeutiska organisationer i andra länder och är medlem i European Association for Behavioural and Cognitive Therapies.

Antalet medlemmar i föreningen har ökat mycket de senaste åren och var 2010 över 1200 stycken. De flesta medlemmar är psykologer, men även andra yrkesgrup-

per finns representerade såsom psykiatriker, socionomer, sjuksköterskor m fl.

MEDLEMMAR FÅR FYRA gånger per år medlemstidningen Beteendeterapeuten som informerar om vad som händer inom beteendeterapi i Sverige och internationellt, t ex om lokalföreningsmöten, medlemsnytt, inbjudan till föreläsningar och workshops. I tidningen ingår även forskningsöversikten Aktuellt om KBT.

Alla* medlemmar får dessutom föreningens egna internationellt värnominerade vetenskapliga tidskrift Cognitive Behaviour Therapy (se nedan) utan extra kostnad.

FÖR ATT BLI MEDLEM i Beteendeterapeutiska föreningen ansöker man på föreningens hemsida, www.kbt.nu. Där finns även en lista på de medlemmar som genomgått grundläggande eller legitimeringsgrundande utbildning med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning och som innehar legitimation i sjukvårdande yrken.

*Ingår ej i studentmedlemskap

Beteendeterapeutiska föreningen
www.kbt.nu
Kammakargatan 62
111 24 Stockholm
Postgiro 85 09 83-8

BTFS UTBILDNINGAR I KOGNITIV BETEENDETERAPI

Beteendeterapeutiska föreningen anordnar ofta i samarbete med utomstående utbildningsanordnare ett flertal utbildningar i kognitiv beteendeterapi. Nedan

finner du några exempel på utbildningar som BTF kan erbjuda eller medverka vid. Möjlighet finns också att skraddarsy kurser vid behov.

ORIENTERANDE UTBILDNING

i kognitiv beteendeterapi förmedlar grundläggande kunskaper om moderna kognitiva och beteendeterapeutiska teorier och metoder.

Inträdeskrav: Grundutbildning och yrkeserfarenhet inom något vårdyrke.

Omfattning: 50 timmar. Kursen ges vanligtvis måndag–fredag.

GRUNDUTBILDNING i kognitiv beteendeterapi följer i sin uppläggning helt den tidigare statliga psykoterapiutbildningens »steg 1» och kan ekvivaleras mot denna. De studerande förväntas efter genomgången utbildning kunna medverka i och under handledning arbeta med psykoterapeutisk verksamhet. Med grundutbildning i kognitiv beteendeterapi kan man sedan vara behörig att söka några av de legitimeringsgrundande utbildningar till psykoterapeut som anordnas vid högskolor i Sverige.

Inträdeskrav: Befattning inom den psykiatriska vården. Vid fler sökande än utbildningsplatser ges ofta företräde till de som tidigare genomgått den orienterande utbildningen.

Omfattning: Tre terminers studier på halvfart, totalt 45 poäng.

HANDLENDARUTBILDNINGEN vänder sig till legitimerade psykoterapeuter. Den studerande förväntas att efter utbildningen kunna verka som handledare på utbildningar i kognitiv beteendeterapi.

Inträdeskrav: Legitimerad psykoterapeut

med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning samt minst 2 års yrkesverksamhet efter legitimation.

Omfattning: Två till tre terminers halvtidsstudier.

WORKSHOPS/STUDIEDAGAR är öppen för alla intresserade. Varje workshop leds av en framstående nationell eller internationell specialist/forskare på det område som är i fokus och förutsätter aktiv medverkan av deltagarna.

COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY

Beteendeterapeutiska föreningen startade 1971 en egen tidskrift. I början var tidskriften mest avsedd som informationsblad, men snart höjdes ambitionsnivån till att ge ut en vetenskaplig tidskrift. Cognitive Behaviour Therapy (tidigare Scandinavian Journal of Behaviour Therapy) ges ut av förlaget Taylor & Francis i samarbete med BTF.

Tidskriften är indexerad bland annat i Psychological abstracts och Medline och inkomna manus granskas av oberoende lektörer (»peer review«).

Tidskriften utkommer fyra gånger per år och innehåller empiriska artiklar, översiktsartiklar, fallstudier, debattartiklar, information och bokrecensioner. Bidrag till tidskriften kommer främst från forskare och kliniker i Norden, Storbritannien, Holland, USA, Kanada och Australien. Samtliga artiklar är på engelska.

För aktuell information om BTF och kognitiv beteendeterapi, se:

www.kbt.nu

Beteendeterapeutiska föreningen
Kammakargatan 62
111 24 Stockholm
PG 85 09 83 – 8

www.kbt.nu

Grafisk design: Anette Säfström, Samuel Ottosson