

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, kog- nitionspsykologi, socialpsykologi samt kunskaper om människans nervsystem.

Tonvikten i terapierna ligger på samspe- let mellan individ och omgivningen, här och nu.

DET SÅTT SOM begreppet ”beteende” används inom BT och KBT skiljer sig dock från vardagsspråkets användning av ordet.

Med beteende menas inte här bara spe- cifika handlingar, utan allt en individ gör som påverkar henne och hennes omgiv- ning, såsom hennes kroppsliga reaktioner, hennes tankar och hennes känslor.

Beteende i denna bemärkelse är före- mål 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 om- världen påverkar och påverkas av henne.

De psykoterapeutiska metoder och tek- niker som tagits fram utifrån detta synsätt har i ett stort antal vetenskapliga studier visat sig effektiva och ibland mycket effe- ktiva 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 utar- betats efter anpassning till de behov som en patientgrupp eller en viss individ kan ha.

I terapin börjar terapeuten med att göra en beteendeanalys av samspelen mellan in- divid och omgivning. Grunden för bete- endeanalysen är att varje människa är unik och analysen är därför högt individualise- rad, 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 kun- nig 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 analyse- ras 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, feltolk- ningar 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 pro- blem och upplevelser som vid individual- terapi, eller om problem som gäller flera personer som vid familjeterapi. Ibland be- handlas flera personer med liknande pro- blem i gruppbehandling och på senare tid har även vägledd självhjälp via Internet och utifrån självhjälpböcker börjat användas som en behandlingsform.

KBT HISTORISKT OCH IDAG

Det finns ingen enhetlig teori som för- klarar alla psykiska problem eller ger riktlinjer för all slags behandling. Det kog- nitivt-beteendeterapeutiska arbetet utgår inte från några på förhand givna eller oom- twistade teorier utan bygger på forskning och praktisk erfarenhet. KBT är alltså i stän- dlig 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

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

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

Den omfattande forskningen har lett till att metoderna har succesivt förbättrats och förfinats. Idag finns dokumenterat effe- ktiva behandlingsmetoder för de flesta slag av ångestproblem, depressioner och ätstör- ningar. Vidare för sex- och samlevnadspro- blem, missbruksproblem och sömnproblem. Detsamma gäller schizofreni, psykosoma- tiska och stressrelaterade problem samt olika former av problem hos barn och per- soner med neuropsykologiska hinder.

DÄR MAN JÄMFÖRT behandlingsresultat av beteendeterapeutiska och kognitivt be- teendeterapeutiska metoder med andra terapimetoder 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

I och 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 upp-

levelsen 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 tvångssyndrom 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 fördjupar både diagnos och behandling.

TVÅNGSPROBLEM BESTÅR av två delar: Tvångstankar, som är ofrivilliga, oönskade 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 ramsor, böner eller bilder i form av "goda" bilder i stället för "dåliga". Vanligtvis leder tvångsproblem på sikt till ett utbrett 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, bröstmärtor, 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 spöder 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 kroppreaktionerna.

AGORAFONI 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, tunnelar, 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 poäng på sin egen förmåga att hantera situationen. Som en följd minskar också själva rädslan.

GENERALISERAD ÅNGEST

Generaliserad 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 ångest och orostankar kan leda till katastrofer av olika slag, såsom att tappa kontrollen eller bli sjuk.

Med kognitiv behandling kan klienten förstå att identifiera och testa rimligheten i sina oroande tankar och att utveckla alternativa tolkningar och tanke sätt.

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 utsatts 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 tenderar att mer och mer dominera personens liv och sänka livskvaliteten. Traumatiska händelser kan ständigt återkomma i drömmar eller valket 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 terapi för minnena av den traumatiska händelsen till dess ångesten 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

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

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 symptom 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 förstås 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 psykiatin 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 beteendeeinriktade metoderna har visat sig ge minst lika god effekt. Efter genomgången KBT har personen lärt sig nya sätt att hantera motgångar och besväelser och står starkare rustad inför eventuella återfall.

ÄTSTÖRNINGAR

De vanligaste ätstörningarna är anorexia nervosa och bulimia nervosa. Anorexia förekommer huvudsakligen hos tonårsflickor och yttar sig i beteenden som restriktioner i låg vikt (dvs. under den nedre normalgränsen för åldern och kroppsängden). Trots uppenbar undervikt har klienten en intensiv rädsla för att vara tjock eller att gå upp i vikt.

Klienter med Bulimia är ofta normalvik-

tiga. Störningen yttar 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 förvringad bild av utseende och kropps-vikt. 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 för noggrann 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, svälten, 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 tillfredsställda 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 terapi 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 tillfredsställelse. Ibland kan relationsproblemen leda till negativa konsekvenser på den sexuella samvaron. I andra fall kan sexuella funktionsstörningar 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, sensualitets-träning och att utveckla nya färdigheter och bättre kommunikationsförmåga. I terapi

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 såbarhet som gör att de lättare utvecklar symptom när de råkar ut för påfrestande. För många medför det ett livslångt handikapp med nedsett 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 påfrestande 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 använt 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 samspillet med andra. Det görs främst med hjälp av färdig-

hetsträning i grupp, kombinerad med individuallterapi. 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, teatrets 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 accepterande 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 förbygga ett riskbeteende. Ett annat inslag är

att utforska och träna att använda alternativen 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 inledt 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, dataspelade 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 yttar sig och vilka konsekvenser det får för barnet själv, liksom

för personer i barnets omgivning. Utfifrån 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 skolpersonal.

Behandlingen kan ske i många olika former, både som individuallterapi, gruppterapi 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 tappar 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 den grundläggande funktionsnedsett-

ningen. 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.

Barmedicinska kunskaper förenas med KBT vid diagnos, behandling och rehabilitering liksom vid förebyggande av kropps-sjukdomar. 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, Menière's 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 väk 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 kunsknat 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 coping-strategier och tillämpa dem i risksituationer. Det kan vara avslappningsmetoder, distractionstekniker eller ett mer ergonomiskt arbetsätt.

HJÄRT- OCH KÄRLSUKDOMAR har också blivit ett viktigt område för beteendemedicinen. Även här görs en analys av riskfak-

torer 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 till exempel 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 skelettsmärta.

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. Utfifrån 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 sina 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 utveck-
lats under de senaste tio åren och inne-
fattar vanligtvis vågledad självhjälp där
patienten går igenom ett behandlingsmate-
riäl på nätet och får stöd av en behandlare
via mejl eller motsvarande. Det finns även
helt automatiserade program där patienten
går igenom behandlingen utan assistans.

Programmen pågår vanligtvis 8-15 veckor.
IKBT har samma behandlingsinnehåll som
sedvanlig KBT och är alltså endast ett annat
sätt att förmedla behandlingen.

FORSKARE I SVERIGE HAR en ledande
position i forskningen om IKBT. Många
kontrollerade randomiserade studier har
genomförts inom ångest-, depression- och
hälsområdet.

I augusti 2013 publicerade SBU, en oberoende statlig myndighet, en rapport om effekten av internetförmedlad behandling. Sammanställningen av 51 välgjorda studier visade att IKBT fungerar för mild till måttlig nedstämdhet och för vissa ångesttillstånd. Det finns också tecken på att effekten kan bestå i flera år och att IKBT eventuellt kan ge lika god effekt som de bästa sedvanliga KBT-metoderna, men detta är idag inte klarlagt.

FORSKNINGEN HAR GJORTS med vuxna deltagare och det är oklart om IKBT fungerar lika bra för barn och ungdomar, men forskning pågår. Dessutom kan IKBT passa bättre för vissa vuxna än andra. Det finns de som föredrar IKBT av praktiska skäl, som att kunna genomföra behandlingen utan att behöva göra långa resor eller ofta vara borta från arbetet.

I dagsläget är det få vårdgivare som ger

IKBT som reguljär behandling. Men mycket talar för att tillgången till IKBT kommer att öka och att forskningen under de kommande åren kommer att tydliggöra möjligheterna och gränserna för IKBT som behandlingsalternativ.



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 som ger treåriga legitimitationsgrundande 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 2012 nästan 1200 stycken. De flesta medlemmar är psykologer, men även andra yrkesgrupper finns representerade såsom psykiatriker, sjuksköterskor m fl.

MEMLEMMAR FÅR FYRA gånger per år medlems-tidningen Beteendeterapeuten som informerar om vad som händer inom beteendeterapi i Sverige och internationellt, t ex om remissvar från föreningen, medlemsnytt, inbjudan till föreläsningar och workshops.

Alla* medlemmar får dessutom föreningens egna internationellt välrenommerade 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 behandlarlista på de medlemmar som genomgått grundläggande eller legitimitationsgrundande utbildning med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning och som uppfyller föreningens kriterier på att stå under extern granskning i sitt patientarbete - hit kan man alltså med fördel hänvisa hjälpssökande personer.

*Ingår ej för de som erhåller studerandebatt.

Beteendeterapeutiska föreningen

www.kbt.nu

Kammargatan 62

111 24 Stockholm

Postgijo 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 medverka vid. Möjlighet finns också att skräddarsy kurser vid behov.

GRUNDUTBILDNING i kognitiv beteendeterapi följer i sin uppläggning helt den tidigare ställda psykioterapitidningens "steg 1". De studerande förväntas efter genomgången utbildning kunna medverka i, och under handledning arbeta med psykologisk behandling. Med grundutbildning i kognitiv beteendeterapi kan man sedan vara behörig att söka några av de legitimationsgrundande utbildningar till psykioterapeut som anordnas vid högskolor i Sverige.

Inträdeskrav: Befattning inom den psykiatriska vården.

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

WORKSHOPS/STUDIEDAGAR är öppna för alla intresserade. Varje workshop leds av en framstående nationell eller internationell specialist/forskare inom det område som är i fokus och förutsätter aktiv medverkan av deltagarna. Dessa ges idag främst i anslutning till förenings årskongress.

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"). CBT har även godkänts för indexing i Web of Knowledge.

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.

BTF:s behandlarlista

För att göra det lättare att hitta en behandlare med god KBT-kompetens har BTF sammanställt en behandlarlista. Här kan du söka efter behandlare utifrån ort och kompetens. Läs mer på BTF:s hemsida www.kbt.nu under filken "Sök behandlare".

För aktuell information om BTF och kognitiv beteendeterapi, se:

www.kbt.nu

Här kan du även hitta en behandlare med KBT-utbildning nära dig, läs mer under filken "Sök behandlare".

Beteendeterapeutiska föreningen
Kammargatan 62
111 24 Stockholm
PG 85 09 83 – 8
www.kbt.nu

Gräfsk design: Anette Säfström, Samuel Ottosson