

Perspektiven och olika terapier

Läs igenom stencilmaterialet *Perspektiven och olika terapier* och (om dialektisk beteendeterapi, KBT, beteendeterapi, psykoanalys, gestaltterapi) samt följande sidor i *boken* (om psykoanalysen, beteendeterapi, den klientcentrerade terapin, gestaltterapi, kognitiv terapi samt kognitiv beteendeterapi):



- Levander röd bok: s. 26-27, 36-39, 45-47, 54-57.
- Levander blå bok: 26-28, 39-42, 49-51, 55-61.

Till provet ska ni kunna det viktigaste kring psykoanalysen, beteendeterapi och valt perspektivs behandling.

*** Jämför de olika terapierna** (psykoanalys, beteendeterapi, dialektisk beteendeterapi, kognitiv terapi, KBT, gestaltterapi och klientcentrerad terapi) **utifrån följande kategorier:**

1. Hur förhåller sig terapeuten till patienten? (passiv, aktiv, som en medmänniska och samtalskamrat, mer professionell?)
2. Beskriv i stora drag hur en session/terapitimme går till. Vad händer? Vad är det huvudsakliga syftet med terapin?
3. Viktiga begrepp/ord inom de olika terapiformerna som t.ex. fria associationer, motöverföring, medveten närvaro och acceptans, klient: Förklarar begreppen och dess betydelse för terapin, individ.
4. Vad finns för fördelar respektive brister med terapin? Kritik? Är kritiken befogad? Vilken/vilka terapier tilltalar dig mest? Tilltalar dig sämst? Varför?
5. Du får in en patient med depression, en patient med ätstörning, en fobisk patient samt en patient som lider av utbrändhet. Vilken terapi tycker du lämpar sig bäst för att behandla dessa olika diagnoser. Motivera!

För er som vill diskutera och få feedback!

Bestäm träff med en annan elev/andra elever. Jämför vad ni kommit fram till, "rätta" varandra.

Jag förutsätter att alla gör uppgiften! Jag vill inte ha in något skriftligt!

Hoppas ni får en spännande läsning i terapins djungel.
Nina



DIALEKTISK

BETEENDE TERAPI

...saken att leva ett liv, inte vinna ett krig. Anna Käver

Du som har öppnat denna bok och kanske undrar om du bläddrar i en instruktionsbok i underkastelse – håll ut en aning och läs vidare. De flesta människor som jag diskuterar ordet acceptans med reagerar ofta negativt. Visst kan en del få något stilla och långtande i sin blick men många blir irriterade och några till och med riktigt förbannade. En del lägger politiska, religiösa, filosofiska eller feministiska aspekter på begreppet acceptans och fjärrnar sig ifrån det egna och person-

... Ytterligare andra skrattar generat och tycker att det är otvivelaktigt och förlegat att prata om acceptans. De tycker ure att acceptans som livsfilosofi stämmer med den moderna människans tempo med krav på förändring och utveckling. Skulle på något sätt vara osunt och inskränkt att gå omring och acceptera när så mycket måste förändras!

... Här är en provkarta av olika negativa associationer och webberder som kan dyka upp: att ge upp, att bli passiv, att tappa kraft, att verka dum, att erkänna att man har fel och att andra har rätt, att inte erkänna att ens hemska livsupplevelser har inträffat, att stå stilla, att inte lösa problem, att inte utvecklas, att vara osolidarisk. Jag tror att detta är vad vi alla,

till en del, kan mena när vi smakar på ordet. Vi har i allmänhet inga särskilt positiva associationer till ordet acceptans och något inom oss vill protestera och spjärna emot när vi uppmanas att acceptera. Åtminstone när det gäller problematiska saker i våra liv. Kanske har tidens slagord blivit »ropan skalla ändra allt och allas!»

Men paradoxalt nog bara ökar intresset för ett sökande efter stillhet, lugn och ro, efter ett slags själslig time-out utan krav på åtgärder, förändring och utveckling. Antalet självhjälpsböcker i ämnet fyller numera hyllmeter efter hyllmeter hos bokhandlarna. Fler och fler lär sig meditera och försöker att lära sig att kunna stanna upp och vara i stunden. Men på något sätt vill vi ändå både ha kakan och äta den. Vi vill inte kunna kliva av förändringståget och bli förnöjsamma med det vi har, då kan vi gå miste om något – kanske lyckan. Men visst behövs det ibland ersätta det ständiga jagandet efter snabba materiella vinster, prestation, kontroll och perfektionism med ett tillstånd av ro och stillhet. Även med risk för någon sorts kostnad, kanske i form av skavanker, ofullständighet, mindre pengar i plånboken eller lägre standard.

Ett nytt uppvaknande har också skett på politisk nivå inför det ökande antalet sjukskrivningar och inför utbrändhetsfenomenet, de så kallade utmattningsdepressionerna. Pengar satsas på forskning och alla verkar veta att vi arbetar för mycket och driver oss framåt under för höga krav, men få vet hur vi ska hjälpa oss själva ur rävsaxen.

Det är inte bara på arbetet som vi utsätts för hårdhänt hantering. Mediabruset lockar oss systematiskt in i ett uppl...

du saggat ner dig och bara trampar runt i samma hjulspår? Då är det hög tid för avtantiöring», »Unna dig en nystarb», »Lär dig leva långsamt», »Friskare, snyggare och gladare på tre veckor», »Tygerna som förändrar», »Modet som gör dig till en stjärna». Uppmaningar om yt- och utseendeförändringar verkar vara de i särklass mest effektiva metoderna för att få oss att konsumera, motionera och banta mer. Ett rejält förändringsprojekt är vad som behövs, vi duger ju inte som vi är! Tänk, att vi alla går på det.

På ett djupare plan, när det gäller vår personlighet, våra tankar och känslor och de förutsättningar som livet ger, är det ännu svårare. Det finns inga »rynkrämer» som slatar ut och tar bort oönskade känslor och tankar. Ängest – en extrem variant av negativa och katastrofala tankar och känslor – kan inte elimineras på ett radikalt sätt, inte ens genom medicinvärldens mest effektiva »antirynkrämer» – psykofarmaka.

Vad gör vi då? Ska vi fortsätta att kämpa med att byta ut vårt inre eller kan vi i stället fördika oss med det? Eller ska vi göra både och? Kan vi, om vi accepterar den person som vi är på gott och ont och det livet bjuder ur alla aspekter, ändå uppleva tillvaron som meningsfull? Livet innehåller ju så mycket som är smärtsamt! Mitt svar är att det går. Om detta handlar denna bok.

Medveten närvaro och acceptans är begrepp som präglar den »tredje vägen» inom den variant av psykoterapi som kallas för kognitiv beteendeterapi, KBT, till vilken den dialektiska beteendeterapi, DBT, räknas. Dessa inslag är influenser från österländsk meditationskonst. Man kan beskriva det hela som gammal österländsk filosofi i en ny kontext. Den medvetna närvaron och den accepterande inställningen har i årtusenden utgjort basen i zenmeditation. I västerlandet har vi nu börjat förstå det hälsosamma och terapeutiska värdet av att kunna använda en del av dessa tekniker, även om vi inte lär oss att meditera.

»Tredje vägen» är ett uttryck för metodutveckling och att något möjligen har saknats i sedvanlig KBT. Denna psykoterapiform har huvudsakligen fokuserat på aktiv förändring och problemlösning och som sådan har den visat sig vara mycket effektiv. På så sätt hjälper vi bra, men vi vill naturligtvis hjälpa ännu bättre. Att föra in den medvetna närvaron och det accepterande förhållningssättet i KBT skapar ett komplement och en nödvändig balans i behandlingen, ett slag helhet och en djupare förståelse för både det komplexa och det oförändringsbara i tillvaron.

Själva fenomenet acceptans är inte lätt att gripa sig an om man har ambitionen att vara vetenskaplig. Begreppet har så länge ingen uttalat vetenskaplig eller teoretisk förankring. Grundläggande psykologiska teoribildningar som kognitiv...

Vad jag vet har man heller inte gjort någon genomgripande psykologisk utforskning kring själva acceptans-tillståndet, det vill säga dess processer, hur det upplevs och vilken betydelse det har för mänskligt fungerande. Det intressanta är att vi ändå här i västvärlden och inom psykoterapi börjar upptäcka och lära oss att använda den medvetna närvaron och acceptansen som en läkande och livskvalitets-höjande kraft. Vi rör oss här med andra ord på vetenskapligt

området märk även om de flesta av oss har en intuitiv känsla för vad det är att acceptera.

Fenomenet acceptans kan förstås också betraktas och diskuteras utifrån andra, till psykologin närliggande referensramar och ämnesområden som filosofi och religion. Det är därifrån det är så intressant. Acceptans berör, enligt mitt sätt att se, något fundamentalt, existentiellt och överlevnadsmässigt. Jag vill därför ännu en gång betona innehållets allmängiltiga karaktär och min förhoppning är att den ska kännas angelägen för alla och envar och erbjuda nya tankar om sättet att hantera tillvaron i största allmänhet.

Att leva innebär att tvingas hantera komplicerade, svåra och smärtsamma saker. Om vi inte klarar att hantera dessa är risken stor att smärtan och obehaget övergår i ett allvarigare och mer handikappande tillstånd - ett lidande. Det är naturligtvis en omöjlighet att, inom ramen för denna bok, täcka alla sorters lidande på alla olika nivåer i samhället. Det kollektiva lidandet som en konsekvens av krig, orättvisor och andra stora världsproblem är inte i fokus här, även om det naturligtvis, i sina beståndsdelar består av varje enskild individs personliga lidande. Om de stora världsproblemen finns mycket skrivet på andra ställen. Det jag här kommer att tala om handlar mer om det privata »enmanskrig» som vi för i vårt inre, i vårtpsyke. Ett krig som kan ha tydliga identifierbara orsaker, men lika ofta upplevs som oförklarligt eller obegränsat av den som lider.

De vad gäller det stora världsliga och det lilla privata perspektivet behöver vi en balans mellan acceptans och förändring. Ibland blir detta extra tydligt. Just under de dagar

när jag skriver ett av de sista avsnitten i denna bok mördas utrikesminister Anna Lindh på varuhuset NK i Stockholm. Hela nationen befinner sig plötsligt i en kollektiv chock och sorgprocess. Vi har brutalt påminns om skörheten i vår existens och den sorg och smärta vi måste stå ut med när något så drastiskt händer. Vi har svårt att ta till oss, förstå och acceptera det som inträffat. Ändå har vi inget val. Vi behöver acceptera att det faktiskt har hänt samtidigt som vi gör vad vi kan för att förebygga och förhindra denna typ av brutala våldshandlingar.

De flesta av oss förskonas tack och lov från händelser av denna fasansfulla karaktär. Men även om så är fallet, går ingen av oss fri från sorg och psykisk smärta under den tid vi lever

Sinnesro bönen
Gud ge mig sinnesro

att
ACCEPTERA

det jag inte kan förändra

MOD

att förändra det jag kan,

och

FÖRSTÅ att

inse skillnaden.

En kortfattad beskrivning om vad Dialektisk Beteendeterapi innebär, dess uppkomst och huvudmål.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av psykoterapi som utvecklats för att behandla självmordsnära kvinnor med borderline personlighetsstörning, senare har den även anpassats till andra patientgrupper.

DBT bygger på beteendeterapeutiska och kognitiva tekniker kombinerade med zenbuddistiska strategier för att acceptera nuet. Dialektiken mellan förändring och acceptans har givit terapin dess namn. (Behandlingen strävar efter att balansera förändring och acceptans.)

Den utvecklades under 1980-talet av Marsha M Linehan, som är professor i psykologi vid University of Washington, Seattle, USA. och det sägs också att hon själv har haft en Borderline Personlighetsstörning. Hon har skrivit en bok om Dialektisk beteendeterapi –Färdighetsträningsmanual.

Det finns en svensk bearbetning av boken som skrivits av Åsa Nilsson och Anna Kåver "Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning".
Anna Kåver, leg psykolog, leg psykoterapeut och handledare i kognitiv beteendeterapi och Åsa Nilsson, psykiater, medicine doktor, leg psykoterapeut och handledare i kognitiv terapi.
Åsa Nilsson är utbildad i DBT av Marsha Linehan i USA och har sedan under flera år undervisat svenska terapeuter i DBT. Hon är verksam på Karolinska sjukhuset.

Inslaget av acceptans tillfördes när Marsha Linehan upptäckte att patienterna hade svårt med att klara av de vanliga förändringsstrategierna inom beteendeterapi och kognitiv terapi.
När terapeuterna försökte hjälpa patienterna att förändra sitt beteende så reagerade ofta patienterna med att utebli, sluta samarbeta, bli provocerade och arga. Marsha Linehan fann då att om förändringen balanserades med ett ständigt och uttalat accepterande av patienten och situationen så tolererades förändringen bättre.

Det är en terapiform där DBT-klienten går både i individualterapi och i färdighetsträning som oftast bedrivs som gruppterapi.
I färdighetsträningen lär sig klienten att använda sig av nya sätt att hantera livet på, att förändra eller acceptera svåra situationer.
I individualterapi får klienten hjälp och stöd till att använda sig av färdigheterna.

Grundantagandet är att patienten saknar färdigheter, eller förmågan till att använda sig av färdigheterna då hon bäst behöver dem.
Behandlingen ska hjälpa patienten dels att lära sig de färdigheter som hon behöver och dels lära sig att använda sig av dem i sitt dagliga liv.

Terapin innehåller dessa huvudmoment:

1. Färdighetsträning i grupp.
2. Individualterapi
3. Patienten står i telefonkontakt med sin terapeut för att få hjälp att tillämpa färdigheterna.
4. Patientens färdighetstränare och individualterapeut ingår i ett team som regelbundet träffas en gång i veckan, för att få hjälp och stöd att hålla sig till behandlingen.

DBT har visat sig ha goda resultat i behandling med BP. Suicidala beteenden, ilska och missbruk har minskat, och patienterna har fungerat bättre socialt.

DBT bygger på antagandet att grundproblemet för patienten är att hon har stora svårigheter att reglera sina känslor. De flesta "borderlinebeteenden" är antingen försök till att reglera känslor som t.ex. ångest genom självskadehandlingar – eller resultat av att inte kunna styra känslorna, t.ex. vredesutbrott som patienten inte kan bromsa.

DBT förespråkar outhörigt att det bästa alternativet till självmord är att skapa sig ett liv som man kan trivas med. För att lyckas med det krävs färdigheter, som patienten måste lära sig och lära sig tillämpa.
DBT är i första hand ett program för att förbättra livskvalitet.

I DBT arbetar man enligt en strikt ordningsföljd.

Det viktigaste till en början är att få kontroll över självdestruktivt beteende, suicidala handlingar.

Man arbetar med att patienten skall hålla överenskommelse om att närvara vid terapisesionerna och sköta sina hemuppgifter.

Man gör analyser av patientens problembeteenden såsom t.ex. paniksyndrom och agorafobi, social fobi, ätstörningar, tvångssyndrom och målet är att hitta alternativa sätt att handskas med problemet.

Ofta skriver man kontrakt på 6-12 månader där patient och terapeut åtar sig att arbeta så effektivt som möjligt mot de uppsatta målen och kontraktet förlängs enbart om behandlingen lett till några framsteg.

Färdighetsträningen har fyra olika avsnitt,

1. att vara medvetet närvarande (att vara uppmärksam och närvarande i nuet)
2. att hantera relationer (att kunna skapa och vidmakthålla relationer till andra)
- 3 att reglera känslor
4. att stå ut när det är svårt. (att stå ut i svåra situationer utan att ta till destruktiva metoder)

På Individualterapi får man hjälp med att lära sig att använda sig av de färdigheterna som lärts ut i färdighetsträningen. Som patient har man också möjlighet att mellan besöken ha telefonkontakt i krissituationer för att få vägledning i användning av de färdigheter man lärt sig. Telefonkontakten är uppbyggd efter överenskomna regler, t.ex. får man inte ringa sin terapeut inom en viss tid om man gjort en självskadehandling. Vanligtvis är behandlingen 1-2 år, där en timme är individualterapi och 1½-2 timmar färdighetsträning i grupp per vecka.

Under terapin fyller man i ett dagboksblad varje dag. Där registreras ångestnivå, ilska, vilka och hur mycket mediciner man använt, konsumtion av alkohol, självskadeimpulser, om man gjort något självdestruktivt osv. Bladet tar man med sig till terapin, där man går igenom de olika punkterna.

Målet är att lära sig förändra beteenden, känslor och tankar som ger upphov till svårigheter och inre smärta.

DBT kan i princip bedrivas i stort sett var som helst.

DBT har nästan oändlig flexibilitet när det gäller formen för terapin, men mycket liten flexibilitet när det gäller funktionen. En liknelse skulle kunna vara funktionen att bli ren. Det spelar ingen roll om det är ett bad hemma eller någon annanstans, dusch, tvättning med tvättlapp utomhus etc. förutsättningen är att det ska fungera. Patienten kan tvätta sig ensam eller i grupp, i varmt eller kallt vatten, det enda som räknas är att det fungerar.

Källa: Psykiatri Centrum Karolinska
Boken Dialektisk Beteendeterapi, Marsha Linehan

DBT (Dialektisk Beteendeterapi)

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en variant av Kognitiv beteendeterapi (KBT) utvecklad för behandling av personer med Borderline personlighetsstörning (BPS).

Vid de problem en person med BPS har räcker det inte att få en intellektuell förståelse och lära sig tänka annorlunda. Man måste lära sig ett annat sätt att förhålla sig till andra människor och att hantera de starka känslor som väller upp.

Behandling

Här har så kallad dialektisk beteendeterapi (DBT) visat goda resultat. Metoden utvecklades i USA i mitten av 1980-talet. Den består av kognitiv beteendeterapi, undervisning och psykoterapi individuellt och i grupp.

I första hand går behandlingen ut på att hjälpa dig att uthärda känslorna av isolering, depression och ångest utan att tillgripa självdestruktivt beteende.

DBT är baserat på en biosocial modell över BPS som förklarar patientgruppens problem som en följd av emotionell sårbarhet, brister i färdigheter avseende att reglera emotioner, samt en invaliderande miljö. Med emotionell sårbarhet avses dels hög känslighet för emotionella stimuli, kraftig emotionell intensitet, samt långsam återgång till emotionell basnivå. Enligt DBT förklaras borderlinepatienters primära problembeteenden antingen med att de har emotionsreglerande funktioner (t.ex. självskada), eller att de utgör överskottshandlingar som en följd av emotionell dysreglering (t.ex. utåtriktad aggression).

DBT utformat för att ha fem funktioner:

- Att förbättra färdigheter och förmåga
- Att förbättra motivation
- Att bidra till generalisering av färdigheter
- Att bidra till förmåga och motivation hos behandlande terapeuter
- Att strukturera omgivningen så att den understödjer förbättringar

Funktionerna förverkligas genom en kombination av individualterapi, färdighetsträning i grupp, telefonkonsultation, samt att behandlande terapeuter arbetar i team. Tanken är att färdighetsträning i grupp skall möjliggöra inläring av nya färdigheter, medan individualterapi och telefonkonsultation skall säkerställa motivation, användande och generalisering av färdigheter till skarpa miljöer och situationer. Studier har visat att det är just kombinationen mellan individualterapi och färdighetsträning i grupp som leder till önskvärda behandlingseffekter. Färdighetsträningen omfattar fyra olika moduler som ges i ordning:

1. Medveten närvaro
2. Relationsfärdigheter
3. Att reglera emotioner
4. Att stå ut i kris.

Modulerna är utvecklade för att vara delvis baserade på varandra och medveten närvaro går i praktiken som en röd tråd genom alla moduler. Medveten närvaro sträcker sig över 2 veckor, övriga moduler över 8 veckor. För att repetera medveten närvaro och göra det möjligt för nya deltagare i befintliga grupper att snabbt komma in i färdighetsträningen brukar man lägga in Medveten närvaro som varannan eller var tredje modul (Nilsson J., Norberg P., 2008).

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Kognitiv beteendeterapi (KBT) Tonvikten i kognitiv beteendeterapi, KBT, ligger på samspelet både mellan individen och omgivningen och mellan en individs tankar, beteenden och känslor. Detta är en annan typ av terapi än den psykodynamiska, och har en annan grundsyn. KBT har sin förankring i inlärningspsykologi, socialpsykologi och kognitionspsykologi.

Ordet beteende har inom KBT en vidare betydelse än det brukar ha; det innefattar medvetna handlingar, omedvetna eller automatiska reaktioner, vanor, fysiologiska reaktioner, känslor och ibland även tankar. I denna vida bemärkelse är beteende sådant som kan förändras genom olika former av inläring.

Ordet kognition avser allt som rör intellekt och kunskap. Begreppet innefattar inte bara medvetna tankar som man enkelt kan berätta om, utan också bilder som kanske får blixtnabbt genom huvudet. Det kan också avse idéer eller omedvetna tendenser till exempel när det gäller att tolka olika situationer enligt invanda mönster.

Kognitiv beteendeterapi går ut på att förändra kognition och beteenden för att man ska kunna må bättre och uppnå sina mål. I KBT är terapeuten mer aktiv än i psykodynamisk och psykoanalytisk terapi. Av terapeuten får man olika uppgifter som man själv ska arbeta med mellan terapisaftalen. Det är en mycket viktig del i behandlingen, eftersom det är utanför terapirummet man lever sitt egentliga liv och det är där man vill få till en förändring. När man träffas berättar man för terapeuten hur det har gått, och man utvärderar tillsammans resultatet.

Dåtid, nutid och framtid

I KBT arbetar man framför allt med fokus på nuet och framtiden. Insikt om sin historia och hur problemen uppstått är viktig, men oftast krävs också ett aktivt arbete för att åstadkomma en förändring i sitt liv. Det som gör att problemen inte försvinner, eller kanske till och med ökar, kan dessutom vara något annat än det som gjorde att de en gång uppstod. Därför behöver båda dessa aspekter finnas med i terapin. Stor kraft läggs ner på att man ska utveckla nya sätt att hantera och förhålla sig till sina problem så att dessa försvinner, minskar eller inte längre utgör ett stort hinder i livet.

Målorienterat samarbete

KBT är en målorienterad behandlingsform där samarbete och samförstånd med terapeuten är en central del. I början av terapin sätter man tillsammans med terapeuten upp mål som man sedan arbetar mot. På så sätt vet båda vad som är syftet med terapin, och det blir tydligt om terapin hjälper en att nå sina mål eller om den behöver förändras. Målen kan omformuleras under resans gång om det skulle behövas, men det beslutar man alltid gemensamt.

Strukturerat arbetssätt

Varje möte då man träffar KBT-terapeuten har en klar struktur och sina egna delmål. För varje möte kommer man överens om vad man ska ta upp den gången. Självklart har terapeuten många idéer utifrån sina teoretiska kunskaper och sin erfarenhet. Men det är viktigt att man själv också är delaktig, eftersom det bara är man själv som har erfarenhet av just sin egen unika situation.

Kontinuerlig utvärdering

Under behandlingen utvärderar man hur det går, vad som verkar fungera och vad som inte fungerar. Ibland görs utvärderingen med hjälp av utprovade frågeformulär, men framför allt diskuterar man hur det går och jämför med de mål och delmål man satt upp. Utvärdering är överlag en viktig grundfilosofi inom KBT, vilket både märks i terapirummet och av den forskning om KBT som producerats genom åren.

Hur långa är behandlingarna?

På samma sätt som för den psykodynamiska terapin finns korttids- och långtids terapier även om dessa begrepp sällan används inom KBT. Behandlingstiden beror på vilka problem man har och vilka mål man vill uppnå.

Vanligtvis träffar man terapeuten mellan fem och tjugo gånger i en KBT-behandling. Ofta ses man varje vecka, men mot slutet är det vanligt att man träffas mer sällan. För att behandla en avgränsad fobi kan det räcka med endast ett lite längre möte. Mer genomgripande och allvarliga problem kan kräva att man ses upp till 50 gånger under flera år.

Viktigt att hålla fast vid förbättringar

I KBT kommer förändringarna ofta rätt snabbt, men när behandlingen är slut och vardagen tar över är det lätt att glömma det nya och falla tillbaka i gamla vanor. Därför är det viktigt att man får lära sig vad man ska göra när man hamnar i en svacka, och hur man ska bära sig åt för att hålla fast vid de förbättringar man uppnått.

Beteendeterapi + kognitiv terapi = KBT

KBT är egentligen en integration av två terapiformer, kognitiv terapi och beteendeterapi.

Beteendeterapi har funnits länge men fick sitt stora genombrott på 50-talet. Den utgår från inlärningsteorier om hur människan lär sig av och påverkas av sin omgivning samt av sina egna handlingar. I det här sammanhanget betyder lärande både medvetet och omedvetet lärande om allt som händer. Det kan vara allt från att köra bil och umgås med andra människor till hur man reagerar känslomässigt och kroppsligt och hur man hanterar till exempel besvikelser eller oro. Inom beteendeterapi börjar man ofta med att göra en så kallad beteendeanalys av de situationer som man upplever som problematiska. Där tittar man på hur tidigare inlärning kan ha bidragit till problemen, och hur man ska kunna lära sig något nytt som fungerar bättre.

Kognitiv terapi växte fram under 70-talet. Grunden i kognitiv terapi är att de tankar man har i hög grad påverkar vad man gör och hur man mår. Enkelt beskrivet går kognitiv terapi ut på att försöka identifiera vilka tankemönster och tankesätt man har när man mår dåligt. Tillsammans med terapeuten arbetar man sedan med att förändra dessa tankemönster för att man ska må bättre.

Till exempel kan man få uppgiften att försöka komma ihåg vilka tankar man hade det senaste tillfället då man kände sig nedstämd. När man lär sig upptäcka tankarna kan man mer tydligt formulera för sig själv vad man tänker om sig själv och sitt handlande. Därefter kan man tillsammans med terapeuten arbeta vidare för att hantera dessa tankar på ett konstruktivt sätt.

Vanliga behandlingsmetoder

KBT-inriktade psykoterapeutiska metoder fokuserar primärt på att direkt angripa dysfunktionellt beteende och tänkande och därigenom även åstadkomma emotionell förändring. Med vägledning av den aktuella patientens problematik och utifrån den teoribaserade kliniska fallanalysen väljer KBT-terapeuten behandlingsmetoder. Det är vanligt att KBT-terapeuten flexibelt använder sig parallellt av ett flertal metoder i ett och samma fall för att uppnå så god behandlingseffekt som möjligt. Det finns ett stort antal kognitiv-beteendeariktade psykoterapimetoder - några av de vanligaste är de nedanstående:

Psykoedukation (patientutbildning)

T.ex. för att informera om karaktären hos de problem patienten beskriver, delge hypoteser om orsaker och vidmakthållande faktorer, beskriva behandlingsmetoder eller kanske rita ut olika missuppfattningar kring problematiken. Dessa pedagogiska inslag lägger en grund för vidare KBT-interventioner.

Verbal (kognitiv) bearbetning av kognitioner

Ett flertal varianter av mer renodlat verbala (kognitiva) metoder finns. De syftar alla till att förändra kognitioner direkt via samtal eller vara ett förberedelsearbete inför olika beteendetekniker och efterföljande kognitiv förändring. Inledningsvis "tränas" patienten att bli mer uppmärksam på de hastiga, värderande och negativa tankar som åtföljer olika emotioner och längre fram i terapi hjälper KBT-terapeuten patienten att värdera och balansera dessa.

Exponering och beteendexperiment

Vid exponering konfronteras patienten med det fobiska stimulus som utlöser ångesten tills den minskar eller helt försvinner. Metoden används för att lösa upp den intima associationen mellan rädsla och ångest och olika fobiska (men objektivt ofarliga) stimuli och därmed hjälpa patienten att utveckla mer flexibla och mindre ångeststyrda strategier i tidigare ångestväckande situationer. Patienten erfår även att det man fruktar inte inträffar om man stannar kvar i situationen och låter ångesten komma och är därför en mycket användbar metod för att åstadkomma kognitiv förändring. Exponeringen sker därför ofta inom ramen för s.k. beteendexperiment där olika prediktioner ställs upp och testas (t.ex. att patienten kommer att svimma om han/hon inte gör något för att kontrollera ångesten under en panikattack).

Avslappningsövningar och medveten närvaro - ett accepterande förhållningssätt

Om ångest- och stressreaktioner utgör ett inslag i problembilden är många gånger avslappnings- och meditationstekniker av värde. Ett av de enklaste sätten att uppnå viss avslappning är sannolikt att placera in lustfyllda aktiviteter och tid för sig själv i veckoschemat. Ett flertal mer specialiserade metoder finns dock, t.ex. kan nämnas tillämpad avslappning - en form av snabbavslappningsteknik - och medveten närvaro - en form av meditation där skeenden (tankar och känslor) noteras men inte värderas. Ett icke dömande och accepterande förhållningssätt förespråkas.

Nya former av KBT

De senaste åren har nya metoder utvecklats inom det kognitiv beteendeterapeutiska synsättet, till exempel Dialektisk Beteendeterapi (DBT) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT). De innehåller båda influenser från österländsk tradition och har fokus på att balansera förändringsarbetet med acceptans av känslor och tankar. Man fokuserar till exempel på så kallad medveten närvaro, sina övergripande värderingar, medvetenhet om språkets inverkan samt sin förmåga att hantera starka känslor och att ha en icke-dömande attityd.



Beteendeterapi mot fobier

Ross Mitchell

Beteendeterapi används bland annat för att bota fobier, till exempel skräck för spindlar eller för att åka tunnelbana. Här beskrivs några olika metoder. Texten är hämtad ur den engelske psykiatern Ross Mitchells bok *Fobier*.

Beteendeterapi grundar sig på den psykologiska inlärningsteori som menar att allt beteende, oavsett hur komplicerat det är, är uppbyggt av en serie inlärd respons ordnade i en hierarki. Fobier ses som icke-adaptiva, olämpliga inlärd reaktioner som man kan bli av med genom att det gamla beteendet utsläcks och man lär sig ett nytt beteende som är mer adaptivt och bättre avpassat efter situationen. Denna omvärldsläring sker på fullt medveten nivå och kräver ett aktivt samarbete från patientens sida, genom att patienten instrueras att följa ett personligt avpassat träningschema. Liksom vid psykodynamiskt inriktad behandling, finns det även olika former av beteendeterapeutisk behandling:

Avspänningsmetoder. Ångest uppkommer som ett resultat av att den sympatiska delen av det autonoma nervsystemet aktiveras, medan allt som aktiverar den motsatta, parasympatiska delen av det autonoma nervsystemet motverkar ångest. En aktiv avspänning ökar den parasympatiska aktiviteten. Många människor tror att avspänning är något naturligt och automatiskt, men nervösa och spända personer har glömt hur man slappnar av och måste lära sig denna förlorade färdighet. Aktiv avspänning låter själv motsägande, men det går faktiskt att lära sig framkalla ett tillstånd av kroppslig och själslig avspänning. Det går att på psykisk väg uppnå en aktiv kontroll över kroppen, genom att stänga ute alla störande faktorer och koncentrera sig på att känna lugn och avspänning i alla kroppsdelar i tur och ordning. Med

hjälp av en långsam, djup andning kan man ytterligare öka den allmänna avspänningen. Slutligen kan man också föreställa sig en bild av lugn och frid. Det finns ett antal olika *avspänningsmetoder*, men de utgör samtliga olika varianter av en grundläggande teknik som de flesta kan lära sig. En del människor spänner sig emellertid vid blotta tanken på att slappna av, eftersom detta upplevs som att släppa taget eller ge upp kontrollen – vilket är just det som de är allra mest rädda för. Sådana personer kan ha hjälp antingen av någon hypnotisk teknik, eller av en metod som utvecklades 1966 av Friedman vid St Bartholomew Hospital i London. Friedman använder sig av ett snabbverkande sederande medel – metohexiton – som han injicerar intravenöst. Detta gör det möjligt för patienten att spänna av utan att förlora medvetandet. Friedman rapporterade 1971 en studie av 124 patienter, som led av agorafobier, sociala fobier och rädslor för olika enskilda situationer, och som behandlats med denna metod. Varje session hade varat ungefär 15 minuter och upprepats ca 12 gånger. Samtidigt som patienterna under drogens inverkan befann sig i ett avspänt tillstånd, uppmanades de att föreställa sig de situationer som de var som mest rädda för. Han följde upp sina patienter från 6 månader till 5 år efter behandlingen och fann att 38 procent förblev symtomfria, medan 51 procent uppvisade en klar förbättring och enbart 11 procent var oförändrade. [- -]



Desensibilisering innebär att patienten successivt lär sig att bemöta den fruktade situationen i ett avspänt tillstånd. Detta kan ske antingen i det verkliga livet eller i fantasin. Det senare är mer praktiskt och kanske enklare att börja med. Fantasin spelar en betydande roll i fobier där individen förväntar sig att drabbas av ångest – på samma sätt som han föreställer sig skräckssituationer i fantasin, kan fantasin också användas när det gäller att göra sig fri från denna skräck och ersätta den med en känsla av lugn och självförtroende. En del patienter är dåliga på att visualisera och tänker mer i abstrakta termer; sådana patienter kan läras att bli "mer visuella" med hjälp av hypnotiska suggestioner. För att en träning med hjälp av fantasin verkligen skall bli effektiv, är det nödvändigt att patienten använder sig av alla till buds stående medel – syn, hörsel, lukt, beröring och smak, om möjligt – för att återskapa den upplevelse som det innebär att befinna sig i den verkliga situationen. Matthews och hans medarbetare i Oxford rapporterade 1976 en studie av 36

kvinnor med agorafobi som behandlats både med hjälp av fantasin och genom träning i verkliga situationer. Han följde upp patienterna efter 16 sessioner och återigen 6 månader senare men fann inga signifikanta skillnader i resultatet. Alla patienter behövde uppmuntran för att hålla ut i tränings-sessionerna och inte ge upp för fort. En träning i fantasin kan förbereda en del människor inför konfrontationen med den verkliga situationen, men gjorde det inte i denna studie. Fantasin är ibland inte tillräckligt "verklig", och verkligheten är ibland alltför överväldigande, för att det man lär sig i fantasin skall föras över också till verkliga situationer.

Oavsett om man använder sig av fantasin eller av verkliga situationer, konstruerar man en *desensibiliseringshierarki* genom att bryta ner ett sammanfattat beteendemönster, som t ex att gå och handla, i en logisk sekvens av

steg, som börjar med det medvetna beslutet att gå och handla, fortsätter med att man gör sig färdig att gå, lämnar huset, åker buss eller något annat transportmedel (där så behövs), och slutar med att man anländer till affären och ger sig in i folkmassan. Under en tränings-session uppmuntras patienten att ta ett steg i taget och att samtidigt använda sig av avspänning för att uppnå en känsla av fullständigt lugn och en upplevelse av att kunna klara av det hela. Om något steg inger alltför stark ångest, instrueras patienten att gå tillbaka några steg och ta god tid på sig, samtidigt som avspänningen neutraliserar denna uppkomna ångestreaktion. Den process som påbörjats i fantasin kan nu återupprepas i verkligheten, t ex genom att patienten tar sig tid att sitta ute på en bänk eller titta i ett skyltfönster, samtidigt som hon använder sig av avspänningsmetoden för att motverka en alltför stark ångest. Det är ingen brådska; det är bättre att ta tid på sig för att långsamt bygga upp självförtroende än att rusa iväg efter en effekt som kan gå förlorad lika lätt. Varje framsteg innebär en uppmuntran till att gå vidare till nästa steg.

Watson och hans medarbetare i London visade 1971 i en studie som omfattade 10 vuxna patienter med långvariga fobier att en förlängd exponering av den fruktade situationen, antingen i fantasin eller i verkligheten, utgjorde en effektiv behandlingsmetod. De gav sina patienter 2 eller 3 sessioner, som var och en varade under 4–5 timmar. Patienterna var tvungna att stanna kvar i den ångestfyllda situationen – man utgick från att undvikandet var den faktor som vidmakthöll fobin.

Flooding är en teknik som påminner om detta. Patienten uppmanas att bege sig rakt in i den ångestfyllda situationen och stanna där utan att fly. Resultatet blir en massiv upplevelse av ångest och panik. Patienten upptäcker emellertid, trots allt obehag och sin desperata önskan att fly, att hjärtat inte slutar slå, att andningen trots att den blir ansträngd inte upphör, och att han varken svimmar eller gör något av det andra han var rädd för. Han har alltså klarat sig igenom det värsta som kunde hända. Den fysiologiska reaktionen som utgör grunden för ångest- och panikkänslorna mattas så småningom av, så att patienten inte längre kan uppleva ångest eller panik i den fruktade situationen. Marks och hans medarbetare fann i en studie i London 1971 att flooding var mer effektivt än desensibilisering, men att både terapeuter och patienter föredrog desensibilisering. Deras slutsats var att flooding fungerar genom att det blockerar undvikandebeteendet, reducerar patientens rädsla genom att tillåta avreaktion (utsläpp av känslor), ger honom en upplevelse av att överleva situationen (som man sällan upplever annars) och ställer honom inför en utmaning. Flooding är emellertid en mycket dramatisk metod och det är inte alla patienter som är villiga att delta i en sådan behandling. Om de vill genomgå den måste de dessutom ha en terapeut med sig, inte bara för att observera vad som händer utan också för att se till att patienten inte går därifrån.

Modellering innebär att terapeuten följer med patienten i den fruktade situationen och genomgår en desensibiliseringsprocedur. Terapeutens närvaro har en lugnande inverkan och gör det möjligt att i rätt tid korrigera misstag i programmet. Terapeuten formar på ett aktivt sätt patientens uppträdande. Han väntar t ex utanför en affär medan patienten skickas in för att utföra en viss uppgift. Patienten kommer sedan ut och rapporterar för terapeuten, som kontrollerar om allt gått bra och skickar in patienten en gång till. Till sist måste patienterna gå igenom hela beteendemönstret från början till slut på egen hand – de måste lära sig att handskas med sin rädsla på egen hand och lita till sina egna resurser. Att ha någon med sig utgör ett stöd, men beroendet av den andre finns då inbyggt i det nya beteendemönstret. Modellering är en bra metod för blyga, ängsliga och otrygga patienter, liksom även för dem som har svårt att lära sig teknikerna på ett riktigt sätt och därför behöver någon som visar dem hur man beter sig i den situation som de är rädda för.

Självförtroendeträning syftar till att ge blyga, ängsliga och otrygga patienter tillåtelse och uppmuntran att stå på sig och våga ta risken av att bli mer aktiva och hävda sig själva. Sådana patienter är ofta rädda för hur andra kommer att reagera om de försöker hävda sig själva mer. De förväntar sig att de kommer att mötas av ogillande och avvisande och undviker därför dessa situationer på ett fobiskt sätt. Sådana patienter kan lära sig att hävda sig själva och vara avspända på en och samma gång. Detta kan återigen låta som en själv motsägelse, och kräver speciell träning om patienten skall bli förmögen att konfronteras med världen, ge sig i kast med utmaningar och stanna och se svårigheterna i ansiktet i stället för att vända sig om och fly. Phyllis Shaw i Oxford använde sig 1979 av desensibilisering, flooding och självförtroendeträning i behandlingen av 30 patienter med sociala fobier. Varje metod användes under 10 sessioner och sedan jämfördes resultaten. Hon fann att alla tre metoderna var effektiva när det gällde att reducera den subjektivt upplevda rädslan. Ett flertal patienter var dock ovilliga att genomgå flooding, och självförtroendeträningen var mycket tidsödande för terapeuten. Hon drog slutsatsen att desensibiliseringsteknikerna tycktes vara de mest ekonomiska och samtidigt mest acceptabla för patienterna.

Löpteri tillhör en grupp seriösa behandlingsmetoder för fobier som dykt upp i medicinska tidskrifter och som vid första ögonkastet kan tyckas lite väl fantasifulla. De grundas emellertid på den sunda beteendeteoretiska uppfattningen att allting som minskar eller avlägsnar den ångest som upplevs i närvaron av ett fobiskt stimulus också kommer att utsläcka den fobiska reaktionen. Om en patient beger sig in i en fobisk situation och håller andan så länge som möjligt, kommer den lättad

han eller hon upplever över att kunna andas igen att neutralisera den fobiska ångesten om proceduren upprepas tillräckligt många gånger. På samma sätt gäller att om en patient med avsikt springer sig alldeles utmattad och sedan beger sig in i den fobiska situationen, kommer lättaden av att få vila att motverka uppkomsten av ångest. Orwin i Birmingham gjorde 1974 en översikt över ett antal tänkbara tekniker som aktiverar den parasympatiska delen av nervsystemet – åtande, skratt, lättaden över att få andas igen efter att ha hållit andan och stark fysisk utmattning – och som därför borde kunna motverka uppkomsten av ångest och panikkänslor. Han rapporterade ett fall av framgångsrik behandling av en ung kvinna som led av en fobi inför högt uppsatta vattenbehållare på toaletter, genom att låta henne springa sig utmattad innan hon satte sig ner under ett av föremålen för sin rädsla. Det räckte med 5 korta träningsessioner för att göra henne fri från en livslång fobi; vid en uppföljning 5 månader senare var hon fortfarande fri från sin gamla fobi. Denna typ av behandling lämpar sig förmodligen bäst när man har att göra med fobier för klart definierade situationer. Även om metoden är tidsbesparande både för terapeut och patient, är den inte så lätt att tillämpa på komplexa fobier i ett mer socialt sammanhang, i synnerhet inte om patienten har ett behov av att man inte lägger märke till honom. [- -]

Ur *Fobier*. Översättning Lars-Gunnar Lundh.
P A Norstedt & Söners förlag, 1985.

Ord

- Intravenös = in i en blodåder
- parasympatiska nervsystemet = den del av det autonoma nervsystemet som slås på när vi vilar och slappnar av
- respons = svar, reaktion
- sederande = lugnande
- signifikant = betydelsefull
- stimulus = retning, något som får våra sinnen att reagera
- sympatiska nervsystemet = den del av det automatiska nervsystemet som slås på när vi känner oss hotade
- visualisera = föreställa sig
- adaptivt beteende = anpassat beteende
- agorafobi = torgskräck
- autonom = självstyrande
- desensibilisera = göra mindre känslig
- fobi = skräck för någonting
- hierarki = system med över- och underordning
- hypnotiska suggestioner = "förslog" som patienten får under hypnos

Behavioristiska behandlingsmetoder

Enligt den behavioristiska grundsynen är psykiska störningar i grunden felinläringar. Konsekvensen av detta synsätt är att sättet att bota psykiska problem är att lära in nya mer ändamålsenliga beteenden. Alla typer av problem är inte lika lätta att behandla utifrån detta synsätt. Mest framgång har behaviorismen haft med fobier. Terapi utifrån detta grundsynsätt kallas för *beteendeterapi*. I Sverige har mycket forskning kring beteendeterapeutisk fobibehandling skett i Uppsala vid Ulleråkers sjukhus.

Några beteendeterapeutiska metoder:

Desensibilisering:

Används mycket vid fobibehandling. Man börjar med att träna avspänningsteknik. Därefter graderar man olika ångestframkallande situationer. I avslappat tillstånd får patienten därefter, med stöd av terapeuten, föreställa sig dessa situationer och man börjar då med de minst ångestskapande situationerna.

Exponering:

Under senare år har allt mer av behandlingen övergått från fantasi till verklighet. Patienten får börja med att titta på t ex en liten spindel och sedan gradvis närma sig djuret tills han/hon kan hålla i två spindlar själv utan stöd av terapeuten. En sådan behandling genomförs under några timmar och dessa behandlingar har haft framgång mot exempelvis orm-, spindel-, höjd och injektionsfobi.

Självkontrollsträning:

Innebär att patienten skriver upp hur det nuvarande beteendet är; vid städmani kan det handla om hur ofta man städar och hur. Hur många gånger torkar man av kylskåpet? Hur många gånger måste man vika disktrasan?

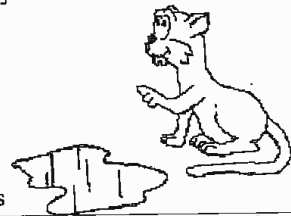
Tillsammans med sin terapeut kommer man överens om hur ett önskvärt beteende skulle se ut. Man skriver upp hur det går under tiden tills man träffar terapeuten igen. Terapeuten förstärker framsteg - och patienten kan också belöna sig själv om han lyckats bra.

En städmaniker kan också få instruktioner att inte torka bort en fläck som terapeuten satt dit - det är också ett sätt att kontrollera sig själv.

Självkontrollsträning kan användas i många sammanhang: vid tvångshandlingar, social träning, brist på studier, drogproblem.

Aversionsterapi:

Patienter med alkoholproblem kan få tabletter som framkallar illamående, kräkningar och ångest om man dricker alkoholhaltiga drycker. Man har också använt elektriska stötar för att ge obehag vid 'felaktigt' beteende. Metoden har använts för att hjälpa homosexuella som velat bli av med sin sexuella läggning. Detta har varit mycket kontroversiellt och inte särskilt framgångsrikt.



Lämplig terapimetod?

En typisk analysstimme

En psykoanalys pågår i regel under flera år, fyra gånger i veckan, 45 minuter per gång. Den går till så att den s k analysanden ligger ned på en dyscha och associerar på en dyscha och associerar honom eller henne in. Analytikern sitter vid huvudändan, där analysanden inte ser vederbörande, och lyssnar. Vanligen är det mycket personliga, ofta intima, tankedragningar och förhållanden som analysanden anför till analytikern. Med hänsyn till mängden material och analys därför inte återges knuffat eller trott på något meningstulligt sätt. En analysand skall aldrig behöva riskera att lämna sig "utvikt", inte ens anonymt. Eftersom det som avhandlas i rummet är så ytterst förtroligt, måste det också stanna där. Inte minst är detta vik-

ligt i ett land där den psykoanalytiska markanden är så liten som i Sverige. Det finns cirka 150 analytiker i landet, varav omkring 140 är verksamma i Stockholm för att ändå ge en realistisk bild av vad som händer i en psykoanalys, skall jag summarera en enda, genaka typisk limme, så bearbetad all analysanden inte kan identifieras.

Patienten är en 30-årig kvinna, av en besvärad av ångest och hämningar i situationer där flera personer samlas, även om de är nära bekanta. Det hindrar henne från att normalt utgå till och arbeta. Hon har gått i psykoanalys hos mig i tre månader hittills.

Hon hälsar och säger sig "ned på dyschan, i den berättar. När hon köp på paten på väg mot min port, kände hon en duff som hon tilliga-

Hon ligger lyst ett tag. Hon har aldrig formulerat det så tydligt för sig men har alltid känt ett förbud mot känslor som svartsluka och svundsluka. Och hon har alltid varit övertygad om att folk kan se på henne vad hon känner. "Undra på all du helst vill gömma dig", säger jag. Hon kommer att tänka på sin yngre syster, hon som fick bo kvar hos mamma när pappa försvann. Hon minns hur manna sa: "Du är bara avundsjuk", när hon bråkade med systern. Då skändes hon. På den tiden gällde det att svälja känslan. Nu skulle hon vilja kräkas upp den. Efter en stund av lyst, blir gråt kommer det för henne all man kan känna svartsluka, och vilken känsla som helst för den delen, utan att behöva göra någon av den eller något åt den, men också utan att behöva skämmas eller känna skuld för den. Att bara ha känslan, jag inte skulle ha någon annan patienter? Men så får man ju inte tänka. "Får man inte?" säger jag.

Inte varför, och hon får en känsla av befrielse och lättmod. Timmen är alldeles simax slut, och det finns inte mycket för mig att tillägga. Eftersom vi är i början av analysen, vill jag få henne att se och förstå hur man arbetar psykoanalytiskt, så jag använder tiden till att säga: "Kan du förstå varför det ibland är viktigt att jag inte svarar på dina frågor (du om dottern) utan att vi istället följer dina fantasier i spegen?" "Ja, det kan jag verkligen", säger hon. Och så säger vi adjö, till i morgon.

Att säga att det här är en typisk limme (egentligen trekvart) är förestås vanligt, eftersom ingen limme är den andra lik. Man kan säga att just den här timmen (nå tankar och ord till. Andra timmar kan domineras av en stark rädsla eller blockering eller osäkerhet. Sådana möten är minst lika värdefulla att analysera och försöka att svärme från teknisk synpunkt.

Vad som märks tydligt under den här timmen är hur väsenlig övertalningen



är som bärare av viktigt material från patientens handling och som hävelång i det psykoanalytiska arbetet. Den visar hur (sja associerationer kan te sig, hur tillfälliga möten dyker upp i form av "lomma tankar", hur drömmar kommer in, hur materialet bildar en meningstullighet styrt av en från början svartsjuka i känsla (här svartsjuka i övertalningen). Vidare hur det föreligger en konflikt mellan känsla och förbud, hur det ofta är viktigare för analyskern att titta än att tala och slutligen hur instabilitet är en känslomässig kunskapsprocess, inte alltid så dramatisk utåt men med stark inre känsla av befrielse.

Den ortodoxa psykoanalytiska behandlingen innebär att analytikern träffar sin patient flera gånger i veckan under mycket lång tid. Patienten ligger ned och analytikern sitter tåmligen passiv bakom denne.

Patienten kan uppmanas att tala fritt om något speciellt eller det som dyker upp i medvetandet. Detta kallas *fria associationer*. Man menar att patientens verkliga problem är så ångestladdade att de gömms undan ordentligt i det omedvetna. Blir konfliktmaterialet medvetet så medför det ångest. Detta hindras av ett omedvetet *motstånd*. Genom de fria associationerna kan emellertid fragment av konflikterna komma upp till ytan i form av till synes lösryckta och ologiska tankar. Analytikern kan då få viktiga ledtrådar att nysta vidare på.

— *Drömmar och drömydning* spelar en central roll i behandlingen. Den upplevda drömmen (*den manifesterade drömbilden*) anses vara resultatet av en förvanskning av den verkliga innebörden (*det latenta innehållet*). Förvanskningen (eller drömarbetet) ger drömmen en förklädd — ofta symbolisk — form, som ger den möjlighet att slinka förbi *censuren* (en variant av motståndet). Drömmen anknyter ofta till fragment av dagens händelser som förknippats med material av större betydelse för drömmaren. Drömmens symboler bygger ofta på personliga upplevelser och för att förstå dem måste man känna till en del om drömmaren själv.

Analysens mål är att de bortträngda minnena ska bli medvetna med hjälp av analytikerns tolkningar och styrningar. Efter hand kan patienten skönja ett mönster i sin utveckling och sitt beteende. Patienten börjar förstå hur han är, varför han är den han är och hur han själv skapat många av sina svårigheter genom sitt neurotiska beteende. Patienten kommer till *insikt*.

Insikt är något allvarligt och alla människor tål inte att vara medvetna om sitt innersta. Insikt kan leda till psykiskt sammanbrott, självmord etc. Analytikern måste vara uppmärksam på hur mycket patienten tål och hur fort man kan gå fram. Ibland måste analysen stanna upp och vara av mer stödjande form.

Hos patienten finns ofta ett *motstånd mot behandlingen*, medvetet eller omedvetet värjer han sig mot behandlingen. Spukdomen ger alltid någon form av vinst, t ex medömkan eller frihet från krav och plikter. Patienten vill därför ha den kvar samtidigt som han vill bli fri från den. När det neurotiska försvaret börjar luckras upp får patienten ångest. Den okända framtiden känns skrämmande. Detta leder till att motståndet ökar t ex i form av tystnad vid känsliga frågor, överdriven pratsamhet om oväsentligheter eller att patienten ringer återbud.

Behandlingen innebär många svåra, ibland deprime-rande upptäckter och upplevelser. För att patienten ska kunna arbeta sig igenom detta och utvecklas till en mogen människa, bör den intellektuella insikten ofta kombineras med en emotionell återupplevelse av konfliktmaterialet. När patienten finner att bortträngt material förts fram känner denne ofta en stark lättnad, s k *katarsis*. Man antar att om patienten blir medveten om konflikterna och finner en icke-neurotisk lösning på dem, så försvinner symtomen och patienten blir frisk och bättre rustad att bruka sina resurser.

Psykoanalysen är en exklusiv metod som endast ett fåtal har tillgång till. Den tar lång tid och är dyr. Psykoanalysen har kritiserats för att överbetona sexualitetens betydelse, och att det oändliga rotandet i de omedvetna *barndomsupplevelserna* sällan löser några verkliga problem.

GESTALTTERAPI - FRITZ PERLS

Gestaltterapiens teorier och behandlingsmetoder

Gestaltterapi vill lära människan att leva här och nu. Det innebär att man lär sig uppfatta hur man i nuet hindrar sig själv från att vara sig själv. Man arbetar med tre upplagor av sig själv:

- den man tror och låtsas att man är
- den man fruktar att man är och döljer med hjälp av det första
- den man verkligen är och som man kan nå fram till genom att göra upp med de andra

Första steget är att bli medveten om och avsluta ofullbordade situationer, t ex att tala ut med någon eller avsluta ett påbörjat arbete. En oavklarad situation ger en splittad upplevelse och kräver därmed mycket av vår psykiska energi.

Det är också viktigt att upptäcka olika mönster i sitt beteende, t ex att alltid smita från jobbiga situationer. Man upptäcker mönstren genom att bli medveten om vad man gör och hur man gör det. Medvetenhet om sina mönster ger människan möjlighet att välja hur hon vill fungera.

Ängest anses vara klyftan mellan nu och då/ sedan. Bli vi osäkra på om våra roller ska leda till framgång eller misslyckande grips vi av rampfeber. Lever vi här och nu, reagerar vi spontant och ängesten upplöses av sig själv. Motsatsen är när vi förbereder oss i detalj, förutsäger resultatet osv. I nuet är man skapande, påhittig och finner lösningar.

Den mognad och tillväxt som sker är en ständig process. Det finns alltid någonting att lära, att känna större ansvar för sitt liv och att göra sig av med ansvaret för andra personer.

Jag gör mitt och du gör ditt.

Jag finns inte i världen för att leva upp till dina förväntningar.

Och du finns inte i världen för att leva upp till mina.

Du är du och jag är jag.

Och om av en slump vi finner varandra är det underbart.

Om inte - kan det inte hjälpas.

(Perls)

Ett syfte med terapin är att få människan att upptäcka hur mycket hon kan göra och klara själv, vilka enorma utvecklingsmöjligheter hon har. Man arbetar bl a med kroppsmedvetenhet, dvs att bli medveten om rörelser, spänningar m m. Andra metoder är drömtolkning och "den heta stolen". Den heta stolen kan bl a användas så att en person sätter sig på en annan stol och för en dialog med någon, t ex fadern, som han foreställer sig sitta på den heta stolen. Ibland kan terapeuten uppmana personen att byta stol och vara fadern för att på så sätt utveckla en inre dialog.

HUMANISTISK PSYKOLOGI

Läs även igenom
s. 47 Clevander, röd
om Gestaltterapi

"Den tomma stolen"

+

Läs om

KLIENTCENTRERA
TERAPI

i boken

s. 45-47

+

stencil

"Se det dåliga
i livet ---"

Se det dåliga i livet och välj något annat

Gestaltterapi handlar om att lära känna sig själv och välja det bästa

Det finns inga måsten i universum, bara val, har en tänkare sagt. En annan menar att det är vår förmåga att välja, som ju är unik för människan, som ger oss angst, vi vet ju inte om vi väljer rätt.

När Hollywood skildrar terapier kan det se ut på många sätt, den skådespelaren med obestämbara livsväl som sätter på sig ett stort huvudband med pennor och block i högsta hugg. Psykologen som blir känslomässigt involverad sedan hon lyssnar på manibossens panikattacker. Eller terapeuten som pekar på en tom stol och säger till patienten: Vad skulle du vilja säga till din pappa om han var här just nu?

Jovisst kan man använda en stol där man låtsas att någon sitter när man vill gestalta något, säger Anders Åkerlund, beteendevetare i Gävle. Men det viktigaste är att lära känna sig själv bättre så att man kan göra andra livsväl.

Anders Åkerlund är gestaltterapeut, en relativt ovanlig terapiform i Sverige. Han arbetar på företagshälsovårdsföretaget Previa i Gävle som tar emot kunder från hela Gävleborgs län.

För att få på den fyraåriga utbildningen krävs minst två års erfarenhet av behandlingsarbete. Anders Åkerlund arbetade med missbrukare på vad som förr kallades en tork.

Att patienten ska bli sedd och mött av en människa i första hand och en terapeut i andra hand är alltså viktigt inom gestaltterapi. Men självklart finns gränser och ramar för hur mötet ska ske; terapeuten är experter och den som försätter framåt.

Gestaltterapiens mål är att hjälpa människor att göra andra, medvetna livsväl, att inte dricka när livet känns tungt, att bryta upp från ett förhållande som är dåligt, att byta jobb.

Fritz Perls som utvecklade på terapiformen 1950-talet utifrån existensialismen och budismen brukade säga att man skulle svara an mot livet och se det som det är. Svaret är ordet ansvar, men använt på ett annat sätt. Hur jag står här och vad jag avstämmer och utifrån svaret på den frågan kommer funderingarna på vad som har hänt innan och vad som ska hända sedan.

Jag lyssnar lika mycket på hur patienterna talar som på vad de säger, säger Anders Åkerlund. Vi människor har så många olika språk. Huvudets

språk, talat, är bara ett av dem. Huvudarna vilår och hur rösten låter är minst lika viktigt för det är kommunikation vi ofta är omedvetna om.

Gestaltterapi kan användas både som frisk- och sjukvård. På Previa använder Anders Åkerlund dess tankar och metoder både i gruppamtal, utbildning, handledning och individuella samtal. Metoden är ganska snabb, det kan räcka med tio till femton minuter för att få en avslutad människa på rätt köl igen.

Det är en utmärkt metod för att hjälpa utbrända och deprimerade, säger Anders Åkerlund. Och den fungerar väldigt väl för dem som har sociala fobier eller panikångest. Svårt psykiskt sjuka fungerar det inte för eftersom det är för jobbigt för dem att vara i rummet där det mesta arbetet sker.

Kroppens språk, en nära relation till terapeuten, hjälper att göra andra val. Men stolen då, var kommer den in i terapin?

Jö först beskriver man hur man själv känner inför något som hänt och vad man skulle vilja säga till den som man tycker har del i att man inte mår bra och som man tänker sig sit-

tera på den tomma stolen. Sedan tänker man sig in i det andres situation, sätter sig på stavlappen på den andra stolen, och talar utifrån det andres sätt att se på saken.

När man gestaltar någon annans tankar och sina egna känslor i roller eller gester går man förbi och igenom sinnet spårar och roller och kommer närmare sina innersta känslor, säger Anders Åkerlund. Man kan då se på sig själv på ett nytt, mer ömsint sätt. Kan man inse man också att man inte behöver vara så himla duktig och stark jämt.

Den nya vinkeln man ser sig själv ut kan sedan hjälpa en att försonas med det som varit och med dem som gjort en illa. Och, än en gång, man kan göra andra val än de man tidigare gjort.

Jag kan också ställa fram två stolar för att åskådliggöra två olika val, säger Anders Åkerlund. Den ena stolen kan symbolisera fördelarna med att sluta dricka och den andra de eventuella nackdelarna med det. Då är det viktigt att jag, terapeuten, är objektiv och inte tolkar utan låter patienten själv

tolka sin situation

Det finns inga mästare i universum, bara val, har en tänkare sagt. En annan menar att det är vår förmåga att välja, som ju är urrik för människan, som ger oss ångest, vi vet ju inte om vi väljer rätt.

Att vi inte är medvetna om de problem vi har med oss själva eller med familjen eller på jobbet kallas förnekelse och det är gestaltterapi också bra på att lösa.

— Vi stretar på så förbannat i dag, säger Anders Åkerlund. Vi biter ihop och kämpar vidare utan att lyssna på våra kroppar som värker av spänningar eller på våra innersta tankar och känslor.

Men man behöver inte vara som man alltid varit och man kan sluta kriga med sig själv och bilderna av gamla mamma eller dumma chefen. Och vill man inte prata till en tönstolkant man måla en bild eller prata till art börja med.

— Det gäller att lyssna på sitt innersta och välja något annat än det som inte fungerar, säger Anders Åkerlund.

LENA MATSSON/TT SPEKTRUM



BILDTY: PER-ERIK IADERBERG

Många sammankopplar kognitiv beteendeterapi (KBT) med behandling av fobier, men **KBT är en genomgripande metod** som kan användas på de flesta psykiatriska och psykologiska problem, menar KBT-terapeuten Anna Käver.

- KBT innebär inte bara att sitta i terapi, utan det är ett synsätt på mänskligt fungerande, oavsett om vi är psykiskt sjuka eller inte, säger Anna Käver.

Kognitiv beteendeterapi handlar i grunden om att lära ut nya beteenden och förhållningssätt och att få patienten att sluta med beteenden som inte fungerar för ett meningsfullt liv. Metoden kan användas vid exempelvis depressioner, ångestrelaterade störningar, vid par- och familjerelaterade problem eller i förebyggande arbete med ungdomar. Även vid svåra personlighetsstörningar och psykoser fungerar KBT, menar Anna Käver, leg. psykolog och leg. psykoterapeut, som arbetar med behandlingsforskning och utveckling vid Karolinska institutet och på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

- Det är väldigt fokuserat på att snabbt hitta strategier för att bryta in i negativa och destruktiva mönster och att identifiera vart patienten vill, det vill säga vilka värden och mål hon vill fylla sitt liv med, säger hon.

Enligt Anna Käver, som i dagarna kommer ut med boken KBT i utveckling (Natur och Kultur), finns det många missuppfattningar om vad kognitiv beteendeterapi egentligen står för.

- KBT har fått en prägel av att vara en mekanistisk hård terapi, där man inte betonar alliansen mellan terapeut och patient. En vanlig missuppfattning är att man bara sysslar med mer eller mindre triviala symptom, det vill säga att man bara jobbar med ytan och inte med orsakerna till symptomen - med djupet, säger hon.

Anna Käver har haft patienter som fått rådet att först gå i KBT för att bli av med exempelvis sina fobier och sedan gå vidare i en annan typ av terapi för att bearbeta det djupa.

- Vi måste genom ytan för att ta oss ner till djupet, så för mig är det ingen motsättning. Vi måste arbeta med båda och det gör vi i KBT, poängterar hon.

Det som karakteriserar KBT är att

Individen lär sig

hantera negativa tankar och beteenden. Det kan handla om verktyg för att möta sina rädslor, reglera sin ilska eller hantera en sorg.

- Inom den moderna formen av KBT jobbar vi även med att lära patienten att acceptera. Att kunna styra uppmärksamheten till nuet och att

kunna acceptera det man upptäcker, både i den yttre och den inre världen. Det handlar också om ödmjukhet hos oss terapeuter, som måste inse att vi inte kan hjälpa alla patienter med allt i deras liv som är svårt, hur förändringsinriktade vi än är, menar Anna Käver.

Synen på mänskligt fungerande skiljer sig åt mellan KBT och exempelvis psykodynamisk terapi.

- I KBT jobbar vi utifrån synsättet att det mänskliga beteendet till viss del visserligen drivs av biologin, men i huvudsak lärs in från barnsben upp till vuxen ålder, vilket för mig är en positiv och respektfull och hoppgivande människosyn. Det betyder att begränsningen inte är så stor - de flesta kan lära in verktyg för att få ett bra liv, hur dåligt man än mår, konstaterar Anna Käver.

Men att KBT bygger på inlärnings-teori och fokuserar på det aktuella läget hos patienten, betyder inte att man inte pratar om barnadomen.

- Vi börjar dock inte där, utan fokus ligger till en början på vad som fungerar och inte fungerar för patienten här och nu. Men så småningom behöver patienten ha en rimlig förklaring till, eller åtminstone en beskrivning av, hur hon har hamnat där hon har hamnat. Och den förklaringen hittar man ofta längre tillbaka i tiden, säger Anna Käver och fortsätter:

- Vi brukar också säga att vi jobbar med patienten i hans eller hennes kontext. Vi ser patienten och hennes problem utifrån situationen. Vi försöker till exempel förstå varifrån hon fått sina genomsvårade negativa uppfattningar om sig själv och om livet och vad som gör att hon fortfarande håller fast vid dessa uppfattningar.

Efterfrågan på terapi har ökat under senare år och antalet terapeuter räcker inte till för att täcka behovet för alla som behöver hjälp.

- Länstingen har en enorm ökning av efterfrågan på psykoterapi och i synnerhet på KBT, men det finns inte resurser att möta upp det här. Patienterna remitteras då till privata terapeuter, som också har ett jätteströck. De får tuffare patienter med mer och mer komplicerad problematik, som inte lyckas bli hjälpta inom vare sig öppen- eller slutenvård. Det går helt enkelt inte ihop, säger Anna Käver och berättar att hon samma morgon fått ett mejl från en desperat 22-årig kille, som är självmordsbenägen och har skickats runt inom psykiatrien utan att få hjälp.

Som en del i att råda bot på problemet tycker Anna Käver att man borde arbeta mer med KBT i förebyggande syfte på skolor bland barn och tonåringar, som inte har en psy-

kiatrisk problematik, för att på så sätt minska risken att de senare i livet ska hamna inom psykiatrien.

För närvarande är Anna Käver involverad i ett projekt där man för ut delar av DBT, som är en typ av KBT, på gymnasieskolor i Stockholm.

- Färdighetsträning i DBT är en psykopedagogisk metod som nu används på försök i skolor. Den innehåller egentligen grundläggande livs-kunskap, som att reglera känslor, hantera kriser och att skapa och bevara goda relationer. Det handlar också om hur man bekräftar sig själv och andra, säger hon och tillägger:
- Lyckas man lära ut bekräftelse-tekniker till gymnasieungdomar skulle det kanske kunna bli ett effektivt antimobbingprogram. Ungdomarna behöver färdigheter i medkänsla, empati, inlevelse och förmåga att förmedla omtanke och kärlek, både till andra och till sig själv, något som jag är helt övertygad om att vi alla kan lära oss med träning. Det är inte något som vissa har och andra inte.

en utveckling av beteendeterapi. Kognitiva
terapeuter vidgar synfältet & inriktar sig för
hur människor tänker & förhåller sig till den
information de tar in från omgivningen

Under större delen av sin karriär har Anna Käver arbetat med tung psykiatri, där folk, som hon uttrycker det, redan fallit ner ifrån berget, givit upp, blivit suicidala och självdestruktiva. Nu skulle hon vilja ägna sig lite mer åt att gå upp på berget och se vad som gör att folk faller ner och förhindra det, i stället för att stå där nere och ta emot.

ANN-CATHRINE JOHANSSON/TI SPECTRA
ac.johansson@tispeitra.se

Fakta KBT

- KBT, kognitiv beteendeterapi, bygger på inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi.
- Tonvikten ligger på samspelet mellan individen och omgivningen – här och nu.
- Tydliga och konkreta behandlingsmål formuleras för varje patient.
- Det sätt som begreppet "beteende" används inom KBT skiljer sig från vardagsspråkets användning av ordet. Med beteende menas olika kroppsliga reaktioner, känslomässiga upplevelser, egna tolkningar och uppfattningar om händelser och beteenden som gör att både individen själv och dennes omgivning påverkas.

- En kognitiv beteendeterapeut börjar alltid med att göra en beteendeanalys – en kartläggning av patientens problem, vad som orsakat och vidmakthåller dem och hur samspelet mellan patienten och hennes omgivning ser ut.
- Både individuell behandling, par- eller familjebehandling samt behandling i grupp förekommer inom KBT. Det finns även självhjälpsbehandling via böcker och internet.
- Behandlingarna är ofta kortvariga (15–20 sessioner), men kan även pågå mycket längre beroende på problemens komplexitet och karaktär.

Källa: www.kbt.nu och boken KBT i utveckling, av Anna Käver (Natur och Kultur)



FOTO: STEVEN QUINLEY

GÅR ÄVEN PÅ DJUPET. Enligt KBT-terapeuten Anna Käver finns det många missuppfattningar om vad kognitiv beteendeterapi egentligen står för. En vanlig missuppfattning, menar hon, är att man bara fokuserar på ytliga symptom.

Rogers

Den klientcenterade terapeuten utgår från att de konstruktiva krafter en individ besitter går att "lita på" och att dessa krafter blir än starkare när de släpps fria. För att frigöra klientens växtbefrämjande kraft krävs enligt Carl Rogers (1946) att rådgivaren (terapeuten)

- ser klienten som autonom och ansvarig för sig själv
- ser det som att klienten har en inneboende positiv kraft och litar till att den kan åstadkomma terapeutisk förändring
- skapar en varm och tillåtande atmosfär, där klienten upplever sig kunna uttrycka vilka attityder och känslor som helst
- endast använder tekniker som förmedlar förståelse och acceptans, främst genom reflektioner
- undviker att ifrågasätta, utforska, beskylla, ge råd, övertala eller uppmuntra

Om rådgivaren lever upp till ovanstående krav resulterar det vanligtvis i följande:

- Klienten kommer att uttrycka djupa motiverande attityder.
- Klienten kommer i större utsträckning än tidigare att utforska sina attityder och reaktioner och bli medveten om attityder som tidigare har förnekats.
- Klienten kommer att acceptera fler aspekter av sig själv och i större utsträckning förstå sitt beteende.
- Klienten kommer att göra nya val och ta ansvar för nya mål som är mer konstruktiva än de tidigare målen.
- Klienten kommer att välja att bete sig på ett sätt som leder till måluppfyllelse, som mynnar ut i att han/hon växer och mognar som människa. Beteendet blir dessutom mer spontant och i harmoni med andras sociala behov, ett steg mot ett individuellt liv.

Om synen på självet och omvärlden förändras, så förändras beteendet. Att våga se sig själv realistiskt och därmed inkludera både positivt och negativt leder till en känsla av frihet och nya åtaganden. Miss Vib, som nämns i elevboken (s. 171), skrev av sig i ett brev sex veckor efter terapin och gav det sedan till sin terapeut. Brevet inleds med (Rogers 1947, s. 363):

"The happiest outcome of therapy has been the new feeling about myself. As I think of it, it might be the only outcome. Certainly it is basic to all the changes in my behavior that have resulted."

Vidare beskriver miss Vib att hon under terapin kom underfund med sina olika sidor och att dessa sidor var en integrerad del i hennes person. När hon utforskade sig själv var hon hela tiden medveten om den acceptans och värme som terapeuten utstrålade. Hon kände sig helt och fullt accepterad för den hon var och behövde inte längre skylla någon del av självet.

Om rådgivaren skapar ett tillåtande klimat präglat av empati där klienten känner sig säker, släpper försvaren sitt grepp och situationen här och nu tas tillvara. Att utbilda terapeuter i att skapa ett växtbe-främjande klimat är något som enligt Rogers (1946) är viktigare än att kunna ställa diagnoser. Att bedöma klienten tar alltför stor plats och innebär att man som terapeut tar med sig sina referensramar in i den kliniska situationen. Istället bör man tänka *med* klienten, inte *om* klienten. I god terapi lär sig terapeuten av klienten.

Kanske borde vi sälla bland diagnoserna, eftersom diagnoser som paranoia och tvångsneuroser är etiketter som oftast strider mot hur individen ser på sig själv. Om vi istället ser individen utifrån hans/hennes referensram så görs generaliseringar som vida skiljer sig från de påklitrade etiketterna (Rogers 1947).

Rogers versus Freud?

Rogers och Freud har i många avseenden vitt skilda synsätt, men man kan samtidigt konstatera att både Freud och Rogers använder sig av konflikter, ångest och försvar (för att hantera ångest) i sina teorier. Dock ser de olika på orsaken till ångest och hur ångest reduceras. En-

ligt Freud är försvaren något som används för att hantera drifternas hot. Rogers däremot menar att försvarets syfte är att tränga bort ett inkongruent själv. Freud ser det som att människan strävar efter att kanalisera drifterna på ett acceptabelt sätt, medan Rogers menar att människan strävar efter ett kongruent själv. När det gäller Rogers syn på barnets behov av villkorslös kärlek går det dock inte att blunda för de tydliga parallellerna till Freuds traumateori. Om ett barn inte känner sig älskat, accepterar det inte vissa erfarenheter och det blir omedvetet om vissa aspekter av självet. Vips, så har en traumateori målats upp, där smärta (saknad av kärlek) tidigt i livet blir något omedvetet med ångest som följd.