

Familjeterapi | Gruppsykoterapi | Hypnospsykoterapi | Kognitiv beteendeterapi | Kognitiv psykoterapi | Psykoanalys
Psykoanalytisk parpsykoterapi | Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi | Psykodynamisk psykoterapi

PSYKOTERAPI

information om olika psykoterapiintiktningar

2006

Innehåll

Inledning	2
Familjeterapi	4
Gruppsykoterapi	10
Hypnospsykoterapi	15
Kognitiv beteendeterapi	21
Kognitiv psykoterapi	30
Psykoanalys	35
Psykoanalytisk parpsykoterapi	41
Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi	43
Psykodynamisk psykoterapi	49
Legitimerad psykoterapeut - vad är det?	54
Utbildningar med examensrätt	55
Hur får man examensrätt?	57
Om man upplever sig felbehandlad i psykoterapi - vad gör man då?	57
Samrådsforum för psykoterapi	59
Samrådsforum adresser	60
PsykoterapiMässan	62
PsykoterapiStiftelsen	64

Respektive förening svarar för sin del

Inledning

Föreningarna för psykoterapiinriktningar med examensrätt för akademisk psykoterapeutexamen* informerar här tillsammans om sina psykoterapiformer. Psykoterapeutexamen krävs för att få legitimation av Socialstyrelsen. Legitimation för psykoterapeuter infördes 1985.

Hur bra är psykoterapi?

I den första stora metaanalysen (sammanställning av ett stort antal forskningsresultat) 1980 om den allmänna effekten av psykoterapi fann man att effekten var överraskande god. Genom åren har fortsatt forskning visat att de väl etablerade psykoterapierna ger påfallande goda resultat även om mängden forskningsstudier är mycket olika för olika typer av psykoterapi.

När etablerade psykoterapier jämförts med behandling med psykofarmaka ger psykoterapi ofta lika bra eller bättre resultat - särskilt på längre sikt. Psykoterapi ger inte heller de biverkningar som psykofarmaka har.

I psykoterapiforskningens standardverk, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes*, vars femte upplaga utkom 2004, redovisas positiva resultat internationellt inom alla väl etablerade psykoterapeutiska inriktningar. Människor föredrar också oftast hjälp genom samtal före annan slags behandling för psykiska problem, vilket t. ex. framgår av PART-studien.

I Sverige presenterade SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) 2004 en litteraturgenomgång *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt* och 2005 *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Psykoterapier framstår där som klart effektiva vid dessa tillstånd, vilket i första hand gäller kognitiv beteendeterapi och kognitiv psykoterapi, där gränsdragningen mellan dessa terapier inte är entydig. I den utsträckning det finns tillräckligt många och bra studier gäller detta även psykodynamisk psykoterapi. Huruvida metoden för urval av studier som SBU grundar sina slutsatser på är adekvat, råder mellan företrädare för olika terapiinriktningar delade uppfattningar om.

Även vid kroppsliga sjukdomar visar det sig att psykologiskt stöd och psykoterapi lindrar sjukdomsförlopp och underlättar läkningsprocesser.

De olika psykoterapiinriktningarna svarar var och en för presentationen av sin egen inriktning, när och hur den bäst används och forskning som gjorts om dess resultat.

* Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi har ej ansökt om examensrätt men har ett antal psykoterapeuter som gått en utbildning som då godkändes för legitimation.

Hur kan man få psykoterapi och vad kostar det?

Man kan vända sig till den psykiatriska vården eller söka en privat psykoterapeut, se Gula Sidorna. Högkostnadsskydd gäller vid psykoterapi inom offentlig sjukvård och om den privatpraktiserande psykoterapeuten har vårdavtal med landstinget. I övrigt överenskommer patient och psykoterapeut om kostnaden.

Tillgången till psykoterapi, administrativa rutiner och kostnader för patienter kan skilja sig betydligt mellan olika delar av landet.

Referenser

- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5:th ed. New York: Wiley.
- Forsell, Y., & Hansson, A. (2001). *Psyisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv*. Data från PART-studien. Rapport 2001:2, Enheten för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt* (2004). Rapport nr 166. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.
- Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt* (2005). Rapport nr 171. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

Familjeterapi

- en systemisk terapiform

Bakgrund

Familjeterapi är en form av psykoterapi där man arbetar med hela eller delar av familjer för att lösa problem, bemästra svåra livssituationer och komma vidare i kriser. Familjeterapi introducerades i Sverige redan i slutet av 1960-talet, och har sedan dess utvecklats och fått en bred spridning över hela landet. Genom att man tidigt kunde påvisa positivt dokumenterade effekter av familjeterapi, blev denna riktning en av de första som godkändes för legitimation som psykoterapeut i Sverige. Familjeterapi uppstod som en reaktion på erfarenheter av individuella behandlingar, där man ofta kunde se att behandlingseffekter gick tillbaka efter att individen återvänt till sin familj. Man började förstå mer om hur en familj kunde bidra till både uppkomsten och vidmakthållandet av problem. På senare år har familjens betydelse i dessa avseenden betonats allt mindre. Desto större vikt fäster man numera vid familjen som en positiv resurs för övervinnandet av olika svårigheter. Sedan mer än tjugofem år tillbaka bedrivs en systematisk utvärderingsforskning inom familjeterapiområdet i Sverige.

Familjeterapi och andra former av familjesamarbete

Familjeterapi är en form av psykoterapi som bedrivs av därtill speciellt utbildade personer. Familjeterapi är ett gemensamt frivilligt projekt med överenskomna mål och arbetsformer. Den kan bedrivas i privat eller offentlig regi. Familjeterapi skiljer sig från andra former av familjebehandling, familjestöd och familjesamarbete som förekommer inom psykiatrin, socialtjänsten och i den privata sektorn genom dels psykoterapeutens speciella utbildning, dels det speciella psykoterapeutiska kontrakt som utformas.

Teori

Teoretiskt grundar sig familjeterapin på systemteorin. Denna innebär i korthet att i ett mänskligt system är helheten alltid mer än summan av delarna. Delarna i ett system hänger samman i ett ömsesidigt samspel, där alla delar påverkar de andra. Sker en förändring i en del av systemet så påverkas också de andra delarna. Detta har stora konsekvenser för psykoterapin. Det innebär till exempel:

1. Att en förändring i en del av ett system, t.ex. en familj, kan motverkas eller förstärkas av andra delar i systemet. Ett psykoterapeutiskt förändringsarbete kan alltså bli mer verkningsfullt om olika delar av det system som omger den lidande personen engageras i processen.

2. Att en förändringsprocess kan bli mer intensiv om flera personer ur samma familj tar med sig erfarenheter från gemensamma samtal och arbetar vidare med detta också mellan samtalen. På så sätt kan psykoterapin ofta bli både kortare och mer intensiv.
3. Att en återgång till tidigare problembeteende blir mindre sannolik, om de närstående har genomgått en gemensam förändringserfarenhet.

Systemteorin är också en teori för att beskriva processer inom individen och mellan individer. Inom individen samspelar handlingar, tankar och känslor på ett sådant sätt att de ömsesidigt påverkar varandra. De individuella psykoterapierna har olika inriktning beroende på om de fokuserar mest på handlingsaspekten, på känslaspekten eller på tankeaspekten. Men också mellan individerna i en familj samspelar handlingar, tankar och känslor i system. Det innebär att familjeterapeuten kan arbeta både med systemet av känslor, av tankar och av handlingar. Ibland arbetar familjeterapeuten huvudsakligen med vad man *gör*, interaktionssystemet. Samtalen blir möten där man utforskar vad man kan göra annorlunda. I andra lägen arbetar man mer med tankarna, föreställningarna, hur man i familjen *tänker* om vad som är möjligt och omöjligt. Systemteorin säger att en förändring på en systemnivå åtföljs också av förändringar på andra nivåer.

Systemteorin är en övergripande teori. Men familjeterapeuten använder sig också av utvecklingspsykologiska, psykiatriska, inlärningspsykologiska och socialpsykologiska teorier för att vägledas i sitt arbete.

Det salutogena perspektivet

Familjeterapi i Sverige idag kan se mycket olika ut idag, men ett förenande drag är vad vi skulle kunna kalla ”Det salutogena perspektivet” (Det hälsofrämjande). Det innebär två saker. För det första att man grundar sig på kunskaper om vad det är för faktorer i människors liv som skapar hälsa. (I psykoterapiens tidiga historia tänkte man tvärtom, man fokuserade helt på att försöka förstå vilka faktorer som skapade sjukdom och problem.) Det innebär att familjeterapeuten genom samtalen försöker bidra till att klienternas liv blir begripliga, hanterbara och meningsfulla. Det salutogena perspektivet innebär vidare att terapeuten har sitt huvudintresse inriktat mot här och nu och mot framtiden, medan det förflutna spelar en bakgrundsroll. Terapeuten är också förhållandevis mer intresserad av att urskilja resurser och positiva erfarenheter än av brister och ofullkomligheter. Det salutogena perspektivet utesluter inte att man också fokuserar på svåra upplevelser, men detta kommer att ta mindre plats än många föreställer sig.

Vad är familjeterapi bra för?

Familjeterapi har prövats på en mängd psykiatriska, sociala och relationella problem. De bäst dokumenterade effekterna vid stora jämförande vetenskapliga studier har visats vid en mängd olika beteende- och känslomässiga problem hos barn och ungdomar. Därför har familjeterapi sedan länge en stark plats som behandlingsmetod vid våra barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Vidare har det visat sig vara framgångsrikt vid arbete med äktenskapskriser och samlevnadsproblem inom äktenskapet. Med vuxna klienter har familjeterapi utvärderats med positiva resultat vid missbruk i olika former och vid allvarlig psykisk sjukdom. Allt fler studier visar också på familjeterapins roll vid behandling av svåra kroppsliga sjukdomstillstånd både hos barn och vuxna. När familjeterapi har jämförts med andra psykoterapiinriktningar, har resultaten oftast varit att familjeterapi är lika bra, i några fall bättre än andra metoder. När det gäller anorexi, utagerande beteende och kriminalitet hos ungdomar finns särskilt god dokumentation om effektivitet.

När bör familjeterapi väljas?

Känslomässiga och beteendemässiga problem hos barn och ungdomar.

Relationsproblem inom familjen eller äktenskapet.

Som en nödvändig del i en sammansatt behandling när det gäller:

Svår psykisk sjukdom.

Missbruk.

Våld inom familjen.

Familjeterapi är en väl beprövad metod med effekter jämförbara med andra psykoterapeutiska metoder avseende:

Ångest, depression, kriser och olika anpassningssvårigheter.

Familjeterapi kan vara den enda möjliga psykoterapeutiska metoden när målpersonen själv inte är tillräckligt motiverad för ett krävande förändringsarbete, men där det finns en engagerad familj som tillsammans kan få ett psykoterapeutiskt arbete igång. För människor som kommer från en mer familjeorienterad kultur än den svenska är det ofta naturligt att välja familjeterapi.

Hur går det till?

Vanligen får den sökande själv bestämma vilka familjemedlemmar som ska delta vid det första samtalet. I allmänhet är det en fördel om så många som möjligt som bor under samma tak kan delta från början. Därefter avtalas gemensamt vilka som ska delta. Det kan variera mycket under terapins gång. Även individuella samtal kan förekomma inom en familjeterapis ram. Ofta kan stora förändringar uppnås på relativt få samtal. Det är vanligt att en familjeterapi

innehåller mellan fem och femton samtal under ett års tid. I vissa fall kan en behandling bli längre. Ett samtal är mellan 45 och 90 minuter långt. Metodi-ken avpassas till deltagarnas ålder och stil. Många familjeterapeuter föredrar att ge hemuppgifter mellan samtalen. Förutsättningen för att familjeterapi skall lyckas, och det gäller ju all psykoterapi, är att en god kontakt mellan terapeut och familj etableras tidigt. Terapeuten lämnar oftast stor frihet till deltagarna att välja *vad* man bör prata om, men hon är i allmänhet relativt aktiv och styrande i *hur* samtalet förs. För att ett samtal ska bedrivas så effektivt som möjligt, föredrar många terapeuter att arbeta i co-terapi. I vissa fall kan man få möjlighet att ha ett team som deltagare i samtalet. Teamet kan då via reflektioner bidra till att samtalet förs framåt och man fördjupas i sin förståelse av problemen. Även videoåtergivning av samtal kan i vissa fall vara ett värdefullt hjälpmedel.

Vilka olika familjeterapeutiska metoder finns det?

Familjeterapi har utvecklats i mötet med olika typer av problemställningar till att bli alltmer specifik. Här följer några av de i Sverige mer kända varianterna av familjeterapi.

Systemisk familjeterapi kan dels beteckna de flesta familjterapi som bygger på systemteoretisk grund, men det kan också betyda en mer specifik form där man arbetar med en speciell intervjuteknik och undviker att ge familjen direktiv. Systemiska principer kan också tillämpas i psykoterapeutiskt arbete med individer och grupper.

Narrativ terapi inriktar sig på att lyssna efter familjens berättelse och att i samspel omskapa den.

Lösningsfokuserad familjeterapi inriktar sig snabbt på att finna och förstärka familjens egen väg till lösningar.

Funktionell familjeterapi och multisystemisk terapi (MST) är vetenskapligt utprovade metoder som speciellt riktas till ungdomar med asocialt utagerande.

Marte Meo och Barnorienterad familjeterapi är metoder som inriktar sig på samspel mellan föräldrar och mindre barn, och där videoåtergivning spelar en stor roll.

Psykopedagogisk familjeterapi har ett tydligt pedagogiskt innehåll, och tillämpas mest vid psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd.

Det viktiga för den som söker hjälp är inte att hålla reda på alla dessa metoder, utan att diskutera med psykoterapeuten om hur hon arbetar och att man gemensamt kommer överens om ett arbetssätt som passar båda parter.

Var kan man få familjeterapi, och vad kostar det?

På barnpsykiatriska kliniker, på vuxenpsykiatriska kliniker och på många kommunala familjerådgivningar finns det legitimerade psykoterapeuter med familjeterapeutisk inriktning. I de större städerna finns det också i allmänhet privatpraktiserande familjeterapeuter under rubriken ”Legitimerade psykoterapeuter” på Gula Sidorna. Kan man få remiss till en privatpraktiserande familjeterapeut kostar samtalet som ett besök i landstingets sjukvård. Annars får man vara beredd att betala 800 kr – 1200 kr per samtal. Legitimerade familjeterapeuter utbildas på universiteten i Lund, Göteborg, Linköping och Umeå samt vid enskilda institut i Stockholm.

Referenser

Orientering om familjeterapi:

- Abrahamsson, E., Berglund, G. (1997). *Skapande konversation. Möten med familjeterapeuter och deras ideer*. Stockholm: Mareld.
- Hansson, K., Sundelin, J. (red) (1995). *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Hårtveit, H., Jensen, P. (2005). *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Stockholm: Mareld.
- Lundsbye, M. et al (2000) *Familjeterapins grunder. Ett interaktionistiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Olsson, H., Petitt, B. (1999). *Familjeterapilexikon*. Stockholm: Mareld.
- Carr, A. (2000). *Family Therapy, Concepts, Process and Practice*. London: Wiley.
- Gurman, A. S., Knisker, P. D. (eds) (1991). *Handbook of family therapy, vol II*. New York: Brunner/Mazel.

Forskning om familjeterapi:

- Carr, A. (2000a). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. I Child-focused problems. *J Family Therapy, Vol 22* 29-6.
- Carr, A. (2000b). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. II Adult-focused problems. *J Family Therapy, Vol 22* 273-295.
- Cotrell, D., Boston, P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child psychology and psychiatry, Vol 43* 573.
- Diamond, G. S. et al (1996). Current status of family-based outcome and process research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:1*, jan 1996.

- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.
- Hansson, K., Cederblad, M. (2004). Sense of coherence as a metatheory for salutogenic family therapy. *Journal of family psychotherapy, Vol 15 nr 1-2*, 39-54.
- Jones, E., & Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac.
- Lundblad, A-M. (2005). *Kärlek och hälsa. Parbehandling i ett folkhälsooperspektiv*. Akademisk avhandling, Göteborgs Universitet.
- Sundelin, J. (1999). *Intensive family therapy – a context for hope put into practice*. Akademisk avhandling, Lunds Universitet.

Svenska Föreningen för Familjeterapi - SFF

SFF bildades 1987 i samband med den första nordiska kongressen i familjeterapi 1987 i Linköping. Inom föreningen finns åtta regionala föreningar som alla ger ut medlemsblad och arrangerar föreläsningar, workshops och andra lokala aktiviteter. Riksföreningen arrangerar en årlig konferens och ger ut tidskriften Svensk Familjeterapi. Vart tredje år arrangeras tillsammans med övriga länder en nordisk kongress. Föreningen är öppen för alla som är intresserade av familjeterapi. Den har ca 1000 medlemmar. Gå med via hemsidan nedan.

Riksföreningen är medlem i NFTO, National Family Therapy Association.

www.sfft.se

Gruppsykoterapi

Vad är gruppsykoterapi?

Gruppsykoterapi eller gruppterapi som man i allmänhet säger – är psykoterapi där flera människor samtidigt träffar en terapeut.

Gruppen kan vara symptom- eller probleminriktad, t.ex. flickor som varit utsatta för incest, barn till missbrukande föräldrar, individer med ätstörningar, tonårsgrupper, individer med utmattningsdepression, krisgrupper o.s.v.

Gruppen kan också vara mer allmän och vända sig till individer med olika kön, ålder och problem.

Man använder sig av de dynamiska krafter som finns i en grupp

Det som är gemensamt är att man, på ett läkande sätt, använder sig av de dynamiska krafter som finns i en grupp. Det kan röra sig om allt från att känna igen sig hos andra - man är inte ensam, hoppet man ser när andra blir bättre, vad man kan lära av andras erfarenheter, glädjen av att betyda något för någon annan, bättre social kompetens till mer komplicerad mellanmänsklig inläring med insikt på flera nivåer.

Människan påverkas och formas av sin relation till betydande andra

Människan påverkas och formas av sin relation till betydande andra, föräldrar, skola, arbete, kamrater, relationer m.m.

Oavsett vilka akuta problem man lider av så visar sig människans svårigheter i förhållandet till andra, att framträda inför andra, att ta plats, att utveckla och behålla relationer, att klara av både intimitet och separationer m.m. Svårigheterna är naturligtvis olika mellan olika människor, men de svårigheter som finns inom varje individ, bl.a. beroende på tidigare erfarenheter, visar sig i närvaro av och i kontakt med andra.

Ett socialt mikrokosmos

Gruppen kan sägas vara ett socialt mikrokosmos - ett samhälle i miniatyr. Varje gruppmedlem får möjlighet att i gruppen undersöka och förstå sitt förhållande till de andra medlemmarna i gruppen och på det viset bättre förstå hur tidigare erfarenheter från den närmaste omgivningen (föräldrar, kärleksrelationer, vänskapsförbindelser, chefer och arbetskamrater) påverkar den bild man har av sig själv.

En ”spegelsal” för individen

Genom möjligheten till att få gensvar från övriga gruppmedlemmar kan varje individ få en uppfattning om hur han/hon uppfattas. Gruppen fungerar då som en ”spegelsal” för individen genom att ge tillbaka olika bilder och på det viset möjliggöra att en förändrad eller förstärkt självbild sker.

Gruppen ger varje individ en möjlighet att pröva sig fram i förhållande till de övriga gruppmedlemmarna. Anonymiteten och ramarna kring gruppen ger individen möjlighet att undersöka relaterandet till andra och på det viset bli medveten om det egna agerandet och om hur han/hon ses av andra.

Gruppens omfattningsförmåga – gruppterapeutens och gruppmedlemmarnas gemensamma potential, bygger på samtligas livserfarenheter, kunskaper, känslor och tankar.

Att utveckla förmågan att kommunicera

Det fritt flytande samtalet i gruppen är motsvarigheten till psykoanalysens fria associationer. En av de viktigaste uppgifterna i gruppen är att utveckla förmågan att kommunicera, en utveckling som brukar jämföras med den terapeutiska processen. Utveckling av kommunikationen innebär att dilemma, konflikter och förut dolda underliggande och omedvetna svårigheter kan artikuleras i språket.

Historik

Joseph Pratt brukar räknas som gruppterapins pionjär. Han var invärtesläkare och behandlade patienter med svår tuberkulos som han samlade i grupper, då han insåg sambandet mellan kropp och själ och därför ville behandla hela individen. Han beskrev sin gruppterapi redan 1905.

Jacob Moreno (psykodramats konstruktör), ansåg redan 1912 att Freud var begränsad i sina teorier och ville ta vid där han upplevde att Freud slutade, genom att låta patienterna i en terapigrupp leva ut sina drömmar. Med sig själv som regissör uppmuntrade han gruppmedlemmarna att utnyttja de processer som uppstod i gruppen mellan dess olika deltagare.

Adolf Adler, som tillhört kretsen kring Freud, var övertygad om att inte bara den inre dynamiken påverkar människor och deras personlighet utan även yttre interaktioner. Sociala motiv är viktiga för individens utveckling. 1921 började han och hans kolleger med kollektivterapi.

Trigant Burrow (en av de psykoanalytiska pionjärerna i USA) började experimentera med grupper under 1920-talet. Någon form av fältteorier började formuleras av gruppintresserade analytiker, där gruppen sågs som någon form av helhet.

Kurt Lewin var socialpsykolog och ansåg att gruppen är ett fält av krafter/spänningar, som motsvarar de behov och mål gruppdeltagarna strävar efter. Krafterna påverkar varandra, så att gruppen alltid är något annat än summan av sina delar.

Helen Durkin försökte 1964 ge ett psykoanalytiskt djup som komplement till den socialpsykologiska forskningen, som sedan 1930-talet bedrivits av Kurt Lewin och hans efterträdare, genom att försöka formulera en psykoanalytisk teori om gruppens dynamik.

I slutet av 2:a världskriget började man använda gruppsykoterapi för att behandla soldater som fallit ur sina förband p.g.a. psykiska reaktioner. Vid Northfield, ett militärsjukhus utanför London, växte gruppanalys och psykoanalytisk gruppterapi fram. På detta sjukhus fanns bl.a. major **S. H. Foulkes**. Analys i, av och genom gruppen är ett uttryck som präglats av Foulkes och som fångar essensen i begreppet gruppanalys. Utvecklingen av förmågan att kommunicera står i centrum för Foulkes teorier.

På 60-talet började en del psykoanalytiker i Sverige att intressera sig för grupper.

Under 70-talet växte det fram gruppterapiutbildningar och gruppterapiföreningar över hela landet. Grupper var på modet inte minst inom arbetslivet. Många av dessa grupper var aktionsinriktade och uppmuntrade utlevelse, ofta i primitiva och naiva former. Svenska föreningen för Gruppsykoterapi bevarade emellertid sin analytiska tradition.

Vad är gruppsykoterapi bra för?

Gruppsykoterapi erbjuder unika möjligheter att undersöka och förstå sitt förhållande till sig själv och andra. Genom gruppen kan man pröva sitt förhållnings-sätt till andra och bättre förstå sina relationer även utanför gruppen. I gruppen kan man dela oro och farhågor och få hjälp att se nya lösningar på sina problem. Man får höra om andras liv och får nya perspektiv på sitt eget.

I gruppen kan varje medlem växla mellan att vara huvudperson, medspelare, åskådare eller hjälpare. Förmågan att kommunicera utvecklas. När en tillräcklig grad av sammanhållning uppstått i gruppen med inbördes acceptans och tillit, finns också förutsättningar för att djupare och mer okända motiv och behov hos medlemmarna skall göra sig gällande. Emotionella erfarenheter kan bearbetas och ge ökad självinsikt och mognad.

För vem är det bra?

Oavsett vilka akuta problem man lider av, så rör i grunden alla människors svårigheter förhållandet till andra. Att framträda inför andra, att behålla och utveckla relationer, att klara intimitet och separationer är något som kan bearbetas

i gruppsykoterapi. De svårigheter som finns inom varje enskild människa visar sig i närvaro av och i kontakt med andra och terapiformen är därför tillämpbar i de flesta situationer och för de flesta problem. Det är dock inte självklart att alla passar i samma grupp, men man kan skapa grupper för alla.

Hur går det till?

Innan gruppterapin börjar, träffar man gruppterapeuten för bedömnings- och informationssamtal.

Gruppterapin kan antingen ske i sluten form – alla börjar och slutar samtidigt, eller i halvöppen form – där deltagaren börjar i en redan pågående grupp och man själv bestämmer, när man vill sluta. På det sättet kan deltagarna själva bestämma den tid de går i gruppen och både start och avslutning blir mer individuell. Det är dock viktigt att ha en viss uppsägningstid, för att ge möjlighet att bearbeta problem med separationer.

Gruppsykoterapi innebär oftast att gruppen träffas en gång per vecka i 1½ timme under en längre period. Enstaka grupper träffas 2 ggr per vecka.

Gruppen kan även vara en korttids grupp, då man träffas 12 – 20 gånger. Ofta är den då fokuserad på något speciellt problemområde.

Gruppterapin har vissa ramar som man förbinder sig att följa i en överenskommelse med gruppterapeuten. Det kan gälla att man förbinder sig att gå i gruppen en viss tid, att man har viss uppsägningstid innan man slutar, att man inte träffas utanför gruppen eller lämnar ut information om enskilda gruppmedlemmar. Överenskommelsen gäller också tid och plats samt hur betalningen bör ske.

Var kan man få gruppterapi? Vad kostar det?

- På vissa psykiatriska mottagningar finns möjlighet till gruppterapi.
- Psykoterapisällskapet i Stockholm www.psykoterapisallskapet.se
- Svenska föreningen för gruppsykoterapi och grupputveckling bedriver förmedling för den som vill gå i grupp. Förmedlaren svarar även på frågor om gruppterapi. Meddelande kan lämnas på telefonsvarare (08-32 73 43). Man kan även gå in på vår hemsida www.gruppterapi.org och få namn och telefonnummer till gruppterapeuter anslutna till förmedlingen.

Gruppsykoterapi är vanligtvis mindre ekonomiskt betungande än individualterapi.

Referenser

- Agazarian, Y. M., Peters, R. (1995). *The visible and Invisible Group*. London: Karnac

- Barnes, E. and H. (1988). *An introduction to groupwork*.
New York: Palgrave.
- Dalal, F. (1998). *Taking the Group Seriously - toward a post - Foulkesian Group Analytic Theory*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Foulkes, S. H. (1986). *Group Analytic Psychotherapy. Method and Principles*. (reprint 2002). London: Karnac.
- Litzell Berg, P. (1997). *Om co-terapi och grupp*. Psykoterapeutiska Skriftställningar Nr 14.
- Stock Whitaker, D. (2001). *Using groups to help people*.
Hove: Brunner-Routledge.
- Widlund, I. (red.) (1995). *Den analytiska gruppen*.
Stockholm: Natur och Kultur. Finns som e-bok.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*.
New York: Basic Books.

Svensk forskning:

- Ahlin, G. (1996). *Exploring psychotherapy group cultures*.
Akademisk avhandling, Institutionen för neurovetenskap, Karolinska Institutet.
- Lundqvist, G. (2005). *Childhood sexual abuse. Women's mental and social health before and after grouptherapy*.
Akademisk avhandling, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

Svenska föreningen för gruppsykoterapi och grupputveckling

bildades år 2002. Den har sina rötter i tidigare lokala gruppsykoterapiföreningar och Riksförbundet för gruppsykoterapi, som var en paraplyorganisation för de lokala föreningarna. Föreningen är en intresseförening och har till uppgift att utveckla kunskap om grupper och professionellt arbete med grupper, vilka syftar till att bearbeta medvetna såväl som omedvetna psykiska och sociala processer. Föreningen har c:a 100 medlemmar och är internationellt ansluten till EFPP (European federation of psychodynamic psychotherapy in the public sector) och IAGP (International association of group psychotherapy). Legitimationsgrundande utbildning bedrivs på Psykoterapisällskapet i Stockholm. Nästa utbildning startar i januari 2007.

www.gruppterapi.org

Hypnospsykoterapi

Vad är hypnos?

Hypnos är ett samlingsbegrepp för ett flertal imaginativa och fokuserande behandlingsmetoder. Ordet hypnos används också för att beteckna det tillstånd som metoderna leder fram till, ett tillstånd som gynnar behandlingen. Ibland används ordet ”trance” eller FMT (förändrat medvetandetillstånd). Tillståndet kan kännas igen från andra sammanhang och med andra etiketter såsom mental träning, yoga, meditation, mindfulness, mm. I hypnos är man vaken, medveten och fullt kapabel att avbryta det som händer. Man väljer själv vad man vill säga under hypnosen eller efteråt. Man kan t.o.m. ljuga om man vill, på samma sätt som man kan ljuga i andra sammanhang. Det är mycket sällsynt att klienter glömmet vad de sagt i hypnos – troligen lika ovanligt eller vanligt som att glömma vad man sagt i en ordinär samtalsterapi. Däremot har man svårt att lura sig själv i hypnostillståndet, om man inte har starka skäl till det. Det är vanligt att klienter upplever att de kommer väldigt nära sitt allra innersta, i kontakt med sitt nakna, autentiska jag. När man känner sig psykiskt naken är man sårbar. Hypnoterapeuten använder därför aldrig sina tekniker mekaniskt, utan måste ha en särskilt stor lyhördhet för nyanser i kommunikationen.

Till vad nytta?

Nyttan med att guida klienten in i ett förändrat medvetandetillstånd är att det öppnar klientens medvetande, ger en större tillgång till kreativa lösningar samt tillgång till personliga känslor, minnen och behov. Terapeuten kan använda hypnos för att lyfta fram just de känslor, tankar och beteenden som har betydelse för klientens utveckling i enlighet med de överenskommelser som gjorts mellan klient och terapeut avseende mål och innehåll. Önskade, men envisa känslor, tankar och beteenden som klienten upplever hindrande kan också lyftas fram, förtydligas och begripliggöras på ett sätt som hjälper klienten att på sikt bli friare i sina val. Även önskvärda, men hämmade eller nedtryckta egenskaper, känslor, tankar och beteenden kan lockas fram betydligt snabbare med hypnos än i traditionell samtalsterapi.

Hur har hypnosen utvecklats?

Hypnos har en mer än 100 år lång tradition. Begreppet myntades av den skotske läkaren James Braid år 1841. Från att på den tiden användas för att lindra smärta och psykiska besvär, har hypnosen under 1900-talet utvecklats och återupptäckts som effektiv i behandlingen av i stort sett varje, för tidsandan

uppmärksammas, diagnos. Lärofäderna Sigmund Freud, Pierre Janet och inte minst Ambroise-August Liebeault lyckades alla med konststycket att med hjälp av hypnos få fram bortträngda upplevelser som orsakat besvär senare i livet. Freud var då nybörjar-analytiker och insåg ännu inte relationens betydelse i behandlingsarbetet. Till skillnad från Liebeault använde han hypnos på ett auktoritärt sätt, vilket kan förklara varför han lämnade metoden, eller snarare modifierade den till en associationsmetod som faktiskt har stora likheter med hur man använder hypnos idag.

Modern hypnos används med stor respekt för klientens integritet, behov av tid, behov av egenkontroll, samt inte minst behovet att känna terapeutens fullständiga närvaro och empati.

Idag betraktas hypnos inte som en egen psykoterapiform, utan ses som en användbar metod inom ramen för någon av de etablerade psykoterapeutiska skolbildningarna. De legitimerade psykoterapeuter som är medlemmar i SFKH (Svenska föreningen för Klinisk Hypnos) kan ha en kognitiv, beteendeterapeutisk eller en psykodynamisk teoretisk grund. Det som förenar psykoterapeuterna inom SFKH, är att vår kunskap om hypnos och hypnosens utveckling övertygat oss om människans omedvetna kapacitet till förändring och utveckling. Vi är därför inte bundna till de metoder som särskiljer de olika skolorna, utan känner oss fria att integrera kunskap från olika skolbildningar. Denna integrativa ståndpunkt hos våra medlemmar förstärks vid de internationella kongresser som samlar alla medlemsländerna till föreläsningar och kunskapsutbyte. SFKH ingår i ESH (European Society for Hypnosis) och ISH (International Society for Hypnosis). Dessa paraplyorganisationer har strikta medlemskriterier och etikregler.

Vem får behandla med hypnos?

Etikregler och nationell lagstiftning kring utövanderätten är nödvändig. Hypnos är ett kraftfullt verktyg som i fel händer kan missbrukas, varför vi är särskilt angelägna om att behålla den svenska lagstiftning som hindrar lekmän från att behandla med hypnos. Den som söker sig till en hypnosterapeut uppmanas att endast anlita en behandlare med en legitimation i ett vårdyrke eller en kandidat under utbildning hos SFKH. Detta förtjänar att nämnas eftersom det i Sverige finns alternativa hypnosföreningar som utbildar lekmän inom den s.k. friskvården, och som inte fyller kriterierna för medlemskap i SFKH. En eventuell felbehandling hos sådan lekman kan inte anmälas hos vare sig Socialstyrelsen eller facklig etisk kommitté, således saknas patientskydd.

Vilken inriktning och människosyn har hypnosterapeuter?

SFKH, ESH och ISH står på en vetenskaplig grund med förankring i den kliniska metodutveckling som ständigt pågår internationellt. Vi anser att olika inriktningar kompletterar varandra: Den psykodynamiska kunskapsgrunden ger en gedigen förståelse för omedvetna krafter bakom symptom. De metoder som utvecklats inom den kognitiva psykologin har bidragit med sådana praktiska metoder, som alltid funnits i hypnosterapeutens verktygslåda, om än under olika namn och med olika upphovsmän, som tillskrivs äran av att ha ”uppfunnit” metoden. Effektiva metoder upptäckts ofta samtidigt inom divergerande skolbildningar och presenteras sedan på det språk som respektive skola använder, eller presenteras som något fullständigt nytt och revolutionerande – så att allmänheten förleds tro att det handlar om unika eller nya terapiformer. Hypnosterapeuter eftersträvar alltså att se essensen i de nya metoderna och integrera dessa med beprövad traditionell metodik. Exempel: En hypnosterapeut använder sin psykoanalytiska kunskap om utforskandets betydelse, och använder hypnosmetoder för att effektivisera detta utforskande moment. Terapeuten kan på så sätt tämligen snabbt hjälpa sin klient att finna hur aktuella problem har sin grund i tidigare erfarenheter. Terapeuten kan hämta inspiration från beteendeterapin och andra symptombemästrande inriktningar. Hon/han kan också ge sin klient hypnos mot smärta eller sömnproblem, under en pågående insiktsorienterad (psykodynamisk) terapi. En rökare eller matmissbrukare kan få hjälp av sin hypnosterapeut att utforska vilka omedvetna krafter som döljer sig under missbruket, samtidigt som terapeuten kan hjälpa klienten att mentalt stärka motivationen till sundare vanor. Hypnostillståndet ger en större intensitet i upplevelserna och terapeuten kan stärka klientens självkänsla och tillit till sin kapacitet.

En kognitivt utbildad psykoterapeut med hypnoskompetens kan använda metoder som många menar är psykodynamiska, t.ex. att utforska hur tidiga upplevelser påverkat utvecklingen av aktuella besvär. Hypnosterapeuten är mycket vaksam på tidigt inlärdade mönster hos sin klient, och använder gärna hypnos som ett redskap att finna när och hur mönstren uppstod, samt vad som behövs för att frigöra låsningar och möjliggöra utveckling.

Psykoterapeuter som använder hypnos integrerar metoder från olika skolor och har mycket gemensamt, trots olika teoretisk grund.

Hur hittar man en lämplig hypnosterapeut?

I valet av hypnosterapeut är klienten alltså inte så hjälpt av att fråga efter huruvida psykoterapeuten arbetar kognitivt eller psykodynamiskt. Detta nämns speciellt här, eftersom det numera är en vanligt förekommande fråga. Blivande klienter

är nog mer betjänta av att pröva en rekommenderad psykoterapeut och lita på sin upplevelse av denne terapeut under intervjun. En känsla av att bli sedd, rätt uppfattad, förstådd och väl mottagen är en god början. Om klienten sedan känner att psykoterapeuten anpassar sin hypnosmetod så att den känns trygg, givande och personligt utformad, talar detta för en god prognos. Det innebär att terapeuten använder sin hypnoskunskap på helt olika sätt med olika klienter, alltifrån att använda tydliga hypnostekniker som upplevs klart annorlunda än samtalet före och efter hypnosen, till att under själva samtalet mjukt guida klienten in i ett fokuserande som innebär att stanna upp och utforska t.ex. ett ord, en tanke, ett uttalande eller ett minnesfragment.

För vem är hypnos bra?

Generellt kan man säga att den som inser att hans/hennes problem har en psykologisk aspekt, kan kontakta en hypnosutbildad psykoterapeut för ett bedömnings-samtal. Läkare rekommenderar ibland patienter att vända sig till en hypnoskunnig psykoterapeut när kroppsliga besvär är stress- eller orosrelaterade, oavsett om det handlar om kroppslig sjukdom, svårförklarlig smärta eller oro. Den klient som är öppen för att pröva hypnos, måste vara medveten om att hypnosterapi alltid är ett arbete där psykoterapeuten är som en kartläsare med överblick över landskapet och var i processen man befinner sig, men att klienten ändå är den som för fordonet. Den som förväntar sig att hypnosterapeuten tar över spakarna och suggererar en passiv halvsovande klient som lämnar behandlingsrummet frisk och botad, utan egen ansträngning, kommer att bli besviken.

Om hypnos är lämplig i det enskilda fallet bedöms i intervjun. Om klienten känner förtroende för den intervjuande psykoterapeuten, kan valet bli att fortsätta arbeta psykoterapeutiskt tillsammans oavsett om hypnos används eller om man avvaktar med den metoden.

Referenser

Orientering i klinisk hypnos:

- Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. London: Karnac/Earlbaum.
- Enqvist, B. (2004). *Inbjudan till Trance. Hypnos i vård och terapi*. Stockholm: Mareld.
- Olness, K., & Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. (3e uppl.) New York: Guilford.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and Treatment. Clinical Uses of Hypnosis*. (2a uppl.) Arlington, Va: American Psychiatric Publishing.

Exempel på tillämpningsområden och forskning:

- Carolusson, S. (1998). Hypnosis and Transference in the Treatment of Depression. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, vol. 25, 2. 78-86.
- Enqvist, B. (2000). Rädsla, ångest, fobi. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 4-2000.
- Gonsalkorale, W., Houghton, L. A., & Whorwell, P. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome. A large-scale audit of clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal Gastroenterology*, 97, 954-961.
- Karilampi, U., & Carolusson, S. (1995). Marie: a single case study of multiple personality. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 49. 1995: 133-139.
- Lindgren, E. (2001). Hypnos och Psykosomatisk Problematik. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 4 – 2001.
- Mutter, C. B. (1986). Post traumatic stress disorder. Ur: Dowd, E. T., & Healy, J. M. (red): *Case studies in Hypnotherapy*. New York: Guilford Press.

Övergripande förklaringsmodeller och evidens

- Crawford, H. (2001). Neuropsychophysiology of hypnosis: towards understanding of how hypnotic interventions work. I G. D. Burrows et al (red) *International Handbook of Clinical Hypnosis* (s.61-84). New York: Wiley.
- Engdahl, P. (2002). Hypnos och Trance – det neurokognitiva systemet i destabiliserad övergång. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 1 och 2 – 2002.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention. The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 239-259.

Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos - SFKH

Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos bildades 1966 och syftar till att främja forskning och utbildning i klinisk hypnos. SFKH ger ut en medlems-tidning med forskningsartiklar och kliniska fallbeskrivningar. Medlemskap är begränsat till av Socialstyrelsen legitimerade yrkesgrupper inom vård och omsorg eller personer som i yrke eller studier är synnerligen relaterade till dessa. 2006 är medlemsantalet c:a 700. SFKH är medlem i European Society of Hypnosis och International Society of Hypnosis och samarbetar med dessa paraplyorganisationer i utbildningsprogram. SFKH har utbildat ca 70 personer till psykoterapeuter och ger dessutom grundkurser i klinisk hypnos, 2-årsutbildningar i medicinsk hypnos, 2-årig basutbildning i psykoterapi (Steg 1) och handledarutbildning.

Epost: ssceh@telia.com

www.hypnos-se.org

Kognitiv Beteendeterapi

KBT

Vad är kognitiv beteendeterapi?

Som namnet antyder är kognitiv beteendeterapi (KBT) en integrativ form av psykoterapi bestående av såväl kognitiva som beteendeorienterade teorier samt analys- och behandlingsmetoder. Det underliggande antagandet är att olika svårigheter i livet i stor utsträckning har sitt ursprung i (eller vidmakthålls och förvärras av) kognitiva och beteendemässiga processer. De olika KBT-strategierna syftar till att vara ett medel för patienten att undersöka och bearbeta dessa processer, dvs. de sätt individen ser på sig själv och sin omgivning (kognitioner) samt de sätt på vilket individen agerar på omgivningen (beteenden). Terapiformen är idag den snabbast växande i världen och tillämpas, förutom i individualformat, även som grupp-, familje- och parterapi. Vetenskapligt utvärderade och effektiva KBT-tillämpningar finns för en rad störningar och problembilder hos olika åldersgrupper (barn/ungdomar, vuxna och äldre), t.ex.:

- Aggressivitet
- Beroendeproblematik
- Depression och bipolär störning
- Dåligt självförtroende/låg självkänsla
- Fobier och generaliserad ångest
- Hypokondri (hälsoångest)
- Huvudvärk
- Kriminalitet/uppförandestörningar
- Kronisk smärta och medicinska problem
- Kroniskt trötthetssyndrom
- Neuropsykiatriska störningar (ADHD, Tourettes syndrom, etc.)
- Paniksyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Psykotiska störningar/schizofreni
- Personlighetsstörningar
- Separationsångest, skolsvårigheter, mobbning, etc.
- Psykosomatiska och stressrelaterade problem
- Relations- och sexuella problem
- Sömnstörningar
- Tvångssyndrom
- Utvecklingsstörningar och autism
- Ätstörningar

I USA och i stora delar av övriga världen är KBT den teoretiska inriktning som huvuddelen av de kliniska psykologerna och psykoterapeuterna arbetar utifrån. I Sverige är dock bilden annorlunda. Klinisk tillämpning av och utbildning i psykoterapi har i landet av tradition dominerats starkt av andra teoretiska inriktningar på området. Det innebär att utbudet av KBT överlag ännu måste betraktas som eftersatt i relation till den efterfrågan som finns från såväl patienthåll och vårdgivare, eller som skulle motiveras av terapiformens ställning inom empirisk forskning.

KBT historiskt

Beteendeterapi (1950-1970)

Den tidiga beteendeterapi (BT) utvecklades parallellt i främst England, Sydafrika och USA mellan 1950-1970. Förgrundsgestalter var bl.a. den sydafrikanske psykiatern Joseph Wolpe, den tysk-brittiske psykologen Hans Eysenck och den amerikanske psykologen B. F. Skinner. Även om skillnader fanns mellan deras arbetssätt och teorier företrädde de alla ett inlärningspsykologiskt synsätt på människan. De såg psykoterapis grund som en vidareutveckling av kända och välstuderade inlärningsmekanismer samt att den empiriska prövningen var den nödvändiga grunden för psykoterapier.

Kognitiv terapi (1970-1985)

Utvecklingen av mer kognitivt orienterade inläringsteorier och analys- och behandlingsmetoder ägde rum i USA i mitten av 1960-talet och framåt. Man förespråkade en bredare inläringsteori där kognitiva mediatorer för inläringen betonades. Några pionjärer i denna ”kognitiva våg” inom beteendeterapi och i psykoterapi i stort var amerikanerna Albert Bandura, Aaron T. Beck, Albert Ellis och Donald Meichenbaum. Av dessa är det sannolikt Aaron T. Beck som med sin kognitiva terapi (KT) haft störst inflytande på den moderna kognitiva beteendeterapi.

Integrerad kognitiv beteendeterapi (1986 -)

Från mitten av 80-talet började denna integration mellan den klassiska beteendeterapi och de mer kognitivt orienterade psykoterapierna att rejält ta fart. Integrationen underlättades av den s.k. ”kognitiva revolutionen” inom psykologin under 1960 till 1970-talet vars strömningar inte lämnade beteendeterapeuterna opåverkade. De började därför benämna terapiformen *kognitiv* beteendeterapi – en ny och integrativ terapiform där kognitiva och beteendeariktade teorier och metoder kombinerats till en lyckosam mix. Under senare år har vissa former av KBT även integrerat strömningar från en rad andra håll och anpassat metoderna till en KBT-teoretisk referensram. T.ex. metoder som

träning i medveten närvaro (mindfulness), acceptans- och valideringsstrategier och metoder för motiverande samtal (motivational interviewing).

Kännetecknande drag

I avsnittet presenteras några kännetecknande drag för KBT. Det bör dock påpekas att det inte finns någon universell lista över kännetecknande drag men följande punkter är sådana som de flesta KBT-terapeuter sannolikt instämmer i.

Målinriktat arbetssätt

Patienten och terapeuten sätter tillsammans upp explicita mål för det psykoterapeutiska arbetet. Diskussionerna kring målen med terapin hjälper patienten att klargöra dennes förväntningar på terapin och eventuella missuppfattningar kring det terapeutiska arbetet kan tidigt undanröjas. Att tillsammans diskutera konkreta mål för terapin leder även till en betoning på möjligheter och förändring och förstärker patientens aktiva roll i det terapeutiska arbetet.

Samarbete mellan terapeut och patient, aktiv terapeut och patient

KBT-terapeuten strävar efter ett uttalat samarbete med patienten (s.k. kollaborativ terapeutisk relation). Patientens problem anses bättre kunna förstås och lösas om båda är aktivt engagerade, bidrar med sina respektive kunskaper och tar ett delat ansvar för att lösa problem. Terapeuten är aktiv genom att: ställa s.k. sokratiska frågor (frågor som tvingar till eftertanke och reflektion och därmed hjälper patienten att se saker från andra synvinklar), lära ut nya färdigheter, undervisa om patientens problem, planera hemuppgifter, etc. Patienten är aktiv genom att: registrera beteenden och tankar, utföra hemuppgifter, praktisera nya färdigheter, värdera och balansera negativa tankar, bidra till sessionerna genom att inför dessa tänka igenom vad han/hon vill ta upp, etc.

Strukturerade sessioner

Strukturen hjälper KBT-terapeuten att använda tiden på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt för att kunna genomföra olika behandlingsinterventioner och uppnå de uppsatta målen. Vidare förmedlar det strukturerade arbetssättet de färdigheter och beteenden som KBT-terapeuten vill lära ut, nämligen målorienterat och aktivt problemlösande fokuserat på specifika svårigheter. Naturligtvis varierar dock graden av struktur utifrån problemtyp och steg i terapin.

Hemuppgifter

En behandlingssession varar vanligtvis mellan 45-60 minuter. Om en klient enbart arbetar med sin problematik under den tiden betyder det att veckans

resterande 167 timmar inte används terapeutiskt. Det leder i sin tur till att kontinuiteten i behandlingen tappas och att behandlingstiden därmed förlängs. Hemuppgifter där patienten får en möjlighet att på egen hand arbeta med det som är i fokus under sessionerna används därför rutinmässigt. Dessa hemuppgifter kan exempelvis handla om att göra systematiska observationer av sitt tänkande och agerande, att söka upp fobiska situationer, arbeta med olika typer av självhjälpsmaterial, på egen hand undersöka och ifrågasätta egna tankemönster, eller prova nya färdigheter i de reella situationer där de är tänkta att vara till hjälp för individen.

Korttidsterapi

KBT är i första hand en korttidsterapi och en vanlig behandlingstid är 15-25 sessioner. Ett fixt antal sessioner behöver dock inte nödvändigtvis bestämmas i förväg utan efter en viss tids behandling (t.ex. sex till tio sessioner) kan en utvärdering göras och fortsatt planering av terapin ske. KBT-tillämpningar finns dock med behandlingstid över flera år (t.ex. vid borderlinepersonlighetsstörning).

Flexibelt användande av tiden

Alla sessioner behöver inte vara av samma längd eller ges med samma periodicitet. T.ex. kan en serie av sessioner följas av en serie kortare telefonsamtal eller kontakt över e-post. Bedömningssamtal kan även många gånger förlängas till 80-90 minuter (och därmed reduceras i antal) så att själva behandlingen kan påbörjas snabbare. Behandlingen kan inledas med mer frekventa sessioner, t.ex. två gånger i veckan, så att patienten snabbt kan komma över de värsta besvären. Sessioner kan även förlängas under vissa faser av behandlingen. Eller det motsatta, förkortas när patienten börjar må bättre, och därmed själv kan ta ett större ansvar för behandlingen.

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 kognitivt-beteendeariktade psykoterapeutiska metoder – 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 rätta 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 terapin 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 erfar 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).

Biblioterapi/självhjälp

Med biblioterapi menas användandet av skrivet material, ofta i form av en självhjälpmanual, som vägleder patienten genom behandlingen. Denna typ av material används ofta i KBT som ett komplement till den terapeutledda behandlingen och ett flertal sådana patientmanualer finns för de mest skiftande områden.

Beteendeaktivering/aktivitetsinplanering

Oavsett om den bristande initiativlust som kan observeras hos deprimerade är en orsak till eller en konsekvens av depressionen leder den till en negativ affektiv spiral där passiviteten även skapar en deprimerande livssituation. Beteendeaktivering är därför en av de centrala komponenterna vid depressionsbehandling och syftar till att bryta denna onda spiral.

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.

Social färdighetsträning

Huruvida en patient har svårigheter med vissa sociala färdigheter till följd av verkliga beteendebriker eller uppvisar brister beroende på hindrande ångest är viktigt att klargöra under utredningsfasen då det leder till olika behandlingar. Om det visar sig att verkliga brister finns i förmågan är social färdighetsträning, där patienten i rollspel får träna upp sin sociala kompetens, en värdefull metod.

Empiriskt forskningsstöd

Är KBT en effektiv behandling?

BT och KBT har genomgått en omfattande empirisk prövning och har visat sig vara en framgångsrik behandlingsmetod för en rad olika psykiska störningar och livsproblem. I nypublicerade sammanställningar av psykoterapiforskningen, såväl internationella (t.ex. Roth & Fonagy, 2005) som svenska (SBU, 2004; 2005), dominerar KBT och BT totalt och utgör ca 80-85% av de evidensbaserade psykoterapimetoderna för vuxna och barn. När resultaten av KBT följs upp så visar även många studier goda långtidsresultat med KBT och inte inom något område har KBT fått sämre resultat än andra psykoterapeutiska insatser. Sammantaget ger således utvärderingsforskningen ett överväldigande stöd för BT/KBT.

Hur står sig KBT i jämförelse med läkemedelsbehandling?

I de behandlingsstudier där KBT har jämförts med olika farmakologiska behandlingsansatser har det visat sig att KBT ger minst lika bra resultat som dessa (t.ex. SSRI-behandling). Ett resultat i många studier är att även om läkemedel ger bra resultat på kort sikt så ger KBT bättre långtidsresultat. Sannolikt genom de förändringar i livsstilen och den ökade förståelsen för vad som styr problematiken som åstadkoms genom KBT. Den kliniska nyttan av kombinationsbehandlingar (läkemedel plus KBT) varierar från syndrom till

syndrom och resultat finns alltifrån negativa interaktionseffekter till positiva synergieffekter.

Var kan man få KBT?

På Beteendeterapeutiska föreningens hemsida finner man en förteckning över KBT-terapeuter. Det är såväl personer som inom ramen för olika yrkesfunktioner genomgått grundläggande psykoterapiutbildning i KBT (s.k. steg 1- utbildning) samt de som genomgått legitimeringsgrundande psykoterapiutbildning i KBT (s.k. steg 2-utbildning). Vissa av terapeuterna är verksamma inom offentlig vård eller har vårdavtal, med t.ex. landsting. Ofta är man som patient dock hänvisad till den privata marknaden och de kostnader som detta kan vara förknippat med. För prisuppgifter bör man kontakta respektive terapeut eller mottagning. En effekt av den alltmer ökande efterfrågan på KBT är att terapiformen i annonser m.m. erbjuds av psykoterapeuter och andra ”vårdgivare” utan formell kompetens i KBT. Vi rekommenderar därför den som söker en KBT-terapeut att försäkra sig om att denne har genomgått adekvat utbildning vid någon av de utbildningsinstitutioner i landet som ger KBT-utbildning. Läs gärna även på föreningens hemsida under rubriken ”Vad bör man tänka på när man söker terapi” inför val av terapeut.

Referenser

Grundläggande KBT-böcker

Svenska

- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Öst, L.-G. (Red.), (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Engelska

- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work.: Clinical process for new practitioners*. New York: Guilford Press.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive behavior therapy: An illustrated guide*. New York: American Psychiatric Publishing.

Forskningsöversikter

Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt (2004). Rapport nr 166. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt (2005). Rapport nr 171. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2nd ed.* New York: Guilford. Press.

Web-adresser

Internationella KBT-sammanslutningar

Association for Behavioral and Cognitive Therapies (www.aabt.org)

British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies (www.babcp.org.uk)

National Association for Cognitive-Behavioral Therapists (www.nacbt).

Webbaserade forskningsöversikter

Statens beredning för medicinsk utvärdering (www.sbu.se)

National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) (www.nice.org.uk)

Sammanställning av empiriskt stöd för KBT utarbetad år 2005 av professor David M. Clark, Institute of Psychiatry, Kings College London, University of London, för brittiska hälsovårdsdepartementet, (www.strategy.gov.uk/downloads/files/mh_clark.pdf)

Beteendeterapeutiska Föreningen - BTF

Föreningen bildades 1971 och verkar för att sprida information om och utveckla tillämpningen av BT och KBT i Sverige. Detta sker främst genom olika utbildningar.

Föreningen ger idag bl.a. följande utbildningar:

- Grundläggande psykoterapiutbildning (s.k. steg 1-utbildning)
- Legitimationsgrundande psykoterapeututbildning (s.k. steg 2-utbildning).
- Vidareutbildningar (workshops) i BT och KBT
- Handledar- och lärarutbildning i psykoterapi

BTF är medlem i European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Antalet medlemmar i föreningen var under år 2005 drygt 1.000. De flesta medlemmar är psykologer men även psykiatrer, socionomer, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom vårdsektorn finns representerade i föreningen.

Bli medlem via hemsidan. Som medlem i BTF får du:

1. Föreningens medlemstidning "Beteendeterapeuten"
2. Föreningens vetenskapliga tidskrift "Cognitive Behavior Therapy"
3. Aktuellt om KBT - regelbundna sammanställningar av aktuell forskning
4. Möjlighet att delta i KBT-listan - en mailinglista där du kan debattera, fråga om råd, ge råd eller bara läsa andras inlägg kring frågor som har med beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi att göra
5. Möjlighet att (om du är minst steg 1-utbildad i BT/KBT) finnas med på föreningens offentliga sökbara terapeutlista
6. Via hemsidan tillgång till föreningens omfattande arbetsmaterial (formulär, manualer, rationaler, etc.)
7. Stora rabatter på s.k. workshops och studiedagar i BT och KBT
8. ...och en hel del annat

www.kbt.nu

Kognitiv psykoterapi

KPT

Vad är det?

Kognitiv psykoterapi är en form av psykoterapi som har sina rötter i kognitiv terapi som utvecklades på 60-talet av Aaron Beck, amerikansk psykiater och psykoterapeut och portalgestalt för terapiformen. Kognitiv terapi tillämpades ursprungligen som en behandling vid depression, men har under årens lopp utvecklats till att också vara en verksam psykoterapiform vid andra former av psykiska svårigheter som bl. a. ångest, personlighetsstörningar och psykoser.

Arbetsättet är dokumenterat effektivt

Arbetsättet är dokumenterat effektivt och bygger på en kombination av beteendearbetssätt, som syftar till aktivering och konkret förändring av mindre funktionella beteenden t. ex. genom exponering, samt kognitiv teori och metodik som främjar ett inre psykologiskt förändringsarbete.

Bygger på vetenskaplig forskning och beprövad erfarenhet

Den teoretiska modellen för terapin och de metoder som används bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Detta innebär att både teori och metodik har ändrats i takt med forskningens landvinningar. Teorin och terapiformen har också influerats av andra terapiinriktningar. Förutom att tillämpa traditionell kognitiv och beteendearbetssätt terapi arbetar kognitiva terapeuter med schemafokuserad terapi, mindfulness-baserad kognitiv terapi och dialektisk beteendeterapi. Svenska Föreningen för Kognitiv Psykoterapi och Forskning har av tradition använt beteckningen ”kognitiv psykoterapi” för arbetsättet, men internationellt används beteckningar som ”cognitive therapy”, ”cognitive psychotherapy” och ”cognitive-behavioral therapy” (CBT).

Människan ses som en aktiv kunskapssökare

Grundläggande för terapiinriktningen är att människan ses som en aktiv kunskapssökare som organiserar sina erfarenheter i s.k. scheman, som förenklat kan kallas för tanke- och tolkningsstrukturer. Dessa scheman formas under uppväxten och innehåller individens uppfattningar och tankar om sig själv och andra samt individens sätt att tolka händelser, sig själv och sin omgivning. Scheman ligger också till grund för individens känsloreaktioner och beteenden.

Biologiska, psykologiska och sociala faktorer har betydelse

Kognitiv terapi utgår från att biologiska, psykologiska och sociala faktorer har betydelse för utvecklingen av personliga resurser såväl som personlig sårbarhet hos människan. Scheman tillkommer i ett mellanmännskligt och socialt sammanhang, men utvecklingen påverkas även av andra erfarenheter samt av biologiska faktorer. Individuell sårbarhet i kombination med svåra livshändelser eller en påfrestande livssituation kan aktivera mindre välfungerande handlings- och tankemönster och medverka till psykiska svårigheter.

Hur går det till?

En samarbetsrelation som utmärks av empati och realistisk optimism

KPT bygger på en samarbetsrelation mellan patienten som är expert på sig själv och sitt liv och terapeuten som är expert på psykoterapi. Praktiskt användbar teori och effektiv metodik kombineras i kognitiv terapi med respekt för komplexiteten i det personliga mötet mellan patient och terapeut. I terapin förväntas patienten arbeta aktivt för att förändra sitt sätt att tänka och sitt beteende i viktiga avseenden. Det här är inte alltid lätt. Det är vanligt att patienten, utöver besvärande symtom, också tyngs av villrådighet, missmod och kanske uppgivenhet i början av kontakten. Därför läggs särskild tonvikt på att samarbetet med patienten utmärks av empati och realistisk optimism. Detta skapar förtroende och tillit och väcker hopp hos patienten om att en bättre tillvaro är möjlig.

Uppmärksammar patientens resurser, intressen och personliga värden

Genom att inte bara kartlägga patientens symtom och aktuella problem utan även resurser, intressen och personliga värden, försöker terapeuten rikta patientens uppmärksamhet mot sina tillgångar. Tanken är att hjälpa patienten att återknyta kontakten med mer positiva aspekter av självbilden, vilket i sin tur ökar motivationen och gör det lättare för patienten att inta en aktiv roll i terapin.

Arbetsättet är strukturerat och målinriktat

Arbetsättet är strukturerat och målinriktat. Terapeuten är aktiv och ställer frågor som hjälper och vägleder klienten att kartlägga och utforska sin livssituation samt sina tankar, känslor, handlingar och deras konsekvenser i sådana nyckelsituationer som är problematiska för individen. Mindre välfungerande handlings- och tankemönster kartläggs och omprövas. Terapeuten tolkar eller omtolkar aldrig patientens utsagor.

Terapeutiska interventioner

De terapeutiska interventioner som används är tankeinriktade (kognitiva), känslolinriktade, upplevelseinriktade (gestaltande) och beteendeinriktade. Hemuppgifter, verklighetsprövning och beteendexperiment är centrala ingredienser i terapin. Beteendexperiment utförs ibland direkt i terapirummet, ibland utför patienten dem själv i sin egen miljö, och ibland följer terapeuten med patienten ut ur terapirummet för exponering i den verkliga miljön. Kunskapsförmedling (psykoedukation) är en viktig del av terapin.

Inom en kognitiv terapeutisk ram kan många olika tekniker användas utöver de traditionella kognitiva och beteendeinriktade teknikerna, t.ex. gestaltning och arbete med bild eller hypnos.

Tidsramar och form

Tidsramar och form varierar utifrån behov och förutsättningar. Oftast går patienten i terapi en gång per vecka, men i akutskedan kan besöken vara tätare. Det är vanligt att terapitimmarna glesas ut i slutet av terapin. Det är också vanligt att klienten kommer på ett eller flera uppföljande besök efter avslutad behandling. Oftast är KPT en tidsbegränsad korttidsterapi som omfattar 10-25 sessioner, men kontakten kan vara betydligt längre vid mer komplexa problem. KPT bedrivs både individuellt och i grupp. Även kognitiv parterapi finns som en etablerad behandlingsform.

För vem?

KPT är en utprövad och verksam psykoterapiform vid de flesta psykiska störningar hos både barn och vuxna. Den breda tillämpbarheten och flexibiliteten gör metoden användbar även när det gäller problem med samlevnad, i grupper samt i organisationer. Terapeuten anpassar interventionerna efter klientens (eller gruppens) problem, förutsättningar och mål. Patientens egen nyfikenhet och vilja till förändring har stor betydelse för framgång i terapin. De psykiatriska verksamheterna kan ibland erbjuda kognitiv terapi eller förmedla kontakt till privat verksam kognitiv psykoterapeut. På vissa håll börjar även kognitiv och beteendeinriktad psykoterapi kunna erbjudas inom primärvården. Man kan söka kontakt för egenfinansierad psykoterapi via den kognitiva föreningens hemsida, där legitimerade psykoterapeuter som har auktorisation från föreningen är listade.

Referenser

Några självhjälpsböcker och grundläggande böcker på svenska:

d'Elia, G. (2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Gilbert, P. (2005). *Hantera din depression*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kennerly, H. (2005). *Hantera din ångest och oro*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv-beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver, A. (2004). *Att leva ett liv, inte vinna ett krig*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nilsonne, Å. (2004). *Vem är det som bestämmer i ditt liv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Perris, C. (1986, reviderad 1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Några aktuella centrala artiklar och böcker på engelska:

- Beck, A. T. (2005) The current state of cognitive therapy. A 40-year perspective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006) The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Clark, D. A., Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Wiley.
- Grant, A., Mills, J., Mulhern, R., & Short, N. (2004). *Cognitive behavioural therapy in mental health care*. London: Sage Publications.
- O'Donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (Eds). (2003). *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. New York: Wiley.
- Reinecke, M. A., & Clark, D. A. (Eds). (2004). *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Några webbaserade forskningsöversikter:

Statens beredning för medicinsk utvärdering www.sbu.se

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) :
www.nice.org.uk

Svenska Föreningen för Kognitiv Psykoterapi och Forskning - SFKPF

SFKPF bildades 1986 och verkar för utvecklingen av kognitiv psykoterapi i Sverige. Föreningen är medlem i International Association for Cognitive Psychotherapy (IACP) och European Association for Behavioural and Cognitive therapies (EABCT). Det finns sju olika utbildningsenheter fördelade över landet där man erbjuder orienteringskurser, bas- och legitimationsgrundande utbildning i psykoterapi samt handledarutbildning.

Adress: SFKPF, Per-Anders Jonson, Psykoterapienheten, NUS, 901 85 Umeå, Tel: 090-85 63 38, 070-621 20 47, Fax: 090-785 65 50

Epost: info@kpt.se

www.kognitiva.org

Psykoanalys

Vad är psykoanalys?

Psykoanalys är en *behandlingsmetod* som syftar till att starta en djupgående förändringsprocess i hela personligheten. Dess främsta mål är ökad självkänedom. Vid många slags psykiska störningar och sjukdomar är psykoanalys en unik hjälp till bearbetning och förändring. Den psykoanalytiska behandlingsprocessen ökar individens förmåga att förstå och lösa egna psykiska konflikter och obearbetade trauman. Den syftar till en frigörelse från falska föreställningar om sig själv och omvärlden och bidrar till en mer realistisk självbild. Psykoanalys möjliggör att man kan acceptera erfarenheter av misslyckanden och begränsningar i livet, såväl som att bättre kunna utnyttja sina inre resurser och faktiska möjligheter i den aktuella livssituationen.

Med den psykoanalytiska behandlingsmetoden samlar man in kunskap om människans psyke och hennes samspel med andra. Denna kunskap systematiseras som olika *psykologiska teorier*, med den gemensamma grunduppfattningen om det omedvetnas psykologiska betydelse. Detta kan uttryckas bildligt som att människans medvetna jag endast utgör ”toppen av ett isberg”, eller att ”jaget inte är herre i sitt eget hus”.

De psykoanalytiska teorierna utgör basen också för psykoanalytisk psykoterapi och andra s.k. dynamiska psykoterapiformer. Oavsett hur dessa andra modifieringar ser ut så bildar den psykoanalytiska kunskapen underlaget till många former av psykoterapi, grupperapi, familjeterapi, hypnosterapi, kroppsinriktad psykoterapi, m.m.

Den psykoanalytiska behandlingen är dessutom i sig en humanvetenskaplig *forskningsmetod*, som syftar till att såväl bygga upp, som att ompröva, teorierna om människans psyke och hennes samspel med andra människor.

Historik

Psykoanalysen har sitt ursprung hos den österrikiske läkaren Sigmund Freud. Den kom att utvecklas vidare av Freud själv, hans elever och ett antal efterföljare. Psykoanalysen växte fram i och med Freuds pionjärbete i början av 1900-talet, fram till hans död 1939. Såväl under Freuds levnad, som senare, har psykoanalysen kommit att utvecklas i olika inriktningar. Freud själv formulerade en rad teorier om den psykiska utvecklingen, om drömmar, om driftlivet och barndomssexualiteten, om personlighetens struktur, om ångest, om neurosernas uppkomst, o.s.v. De flesta av dessa teorier arbetade han om och vidareutvecklade i flera olika versioner, allteftersom han mötte nya patienter och gjorde nya kliniska iakttagelser.

Vid sidan av Wien i Österrike där Freud och hans första lärjungar verkade, utgjorde Berlin och Budapest de viktiga orterna i psykoanalysens tidiga historia. Såväl Karl Abraham i Berlin som Sandor Ferenczi i Budapest sådde teoretiska frön till de riktningar inom psykoanalysen som senare kommit att kallas objektrelationsteori.

Psykoanalysens centra flyttades under nazismens maktövertagande i Mellanuropa till USA och London, eftersom merparten psykoanalytiker som var judar tvingades i exil. Psykoanalysen i sig med dess människosyn och emancipatoriska strävanden motarbetades i de totalitära staterna, såväl Hitlertyskland som Sovjetunionen. Till USA hade psykoanalysen kommit tidigt också tack vare en serie föreläsningar som Freud höll redan 1909. Den psykoanalytiska riktning som främst utvecklades i USA var den sk jagpsykologin, som betonar jagets roll i anpassningen till verkligheten. Viktiga företrädare har bl. a. varit Heinz Hartman och Erik H Erikson. Psykoanalytiska riktningar som lade en större vikt vid kulturens inflytande på individen och dennes interaktion med omgivningen, kom tidigt att få inflytande i USA, liksom också den sk självpsykologin. Över huvud taget fick psykoanalys tidigt stor spridning inom samhällsvetenskaperna och i populariserande former, inom USA:s kulturliv.

I England utvecklades psykoanalysen i några olika riktningar. Den ursprungliga driftsorienterade psykoanalysen vidareutvecklades under ledning av Anna Freud, Sigmund Freuds dotter, i en närmast egen jagpsykologisk form. Jagets organisering och försvarsmekanismer betonades. Samtidigt utvecklades under Melanie Kleins ledarskap en ”kleiniansk” objektrelationsteori, som har kommit att få stor spridning och inflytande över stora delar av den psykoanalytiska världen, i England, Skandinavien, Sydamerika, men också senare i USA. I kleiniansk teori betonas särskilt starkt de infantila, såväl destruktiva som kärleksfulla, omedvetna fantasiernas avgörande inverkan på vårt psykiska liv.

En tredje grupp bestod av psykoanalytiker vilka ville hålla sig oberoende av såväl Anna Freud som Melanie Kleins idéer. De kom därför att kallas den oberoende gruppen, eller en mellangrupp och där återfinns merparten av de teoretiker som kommit att ge namn till den riktning som kallas objektrelations-teori. Några tongivande personer här som fått stor betydelse för psykoanalysen är bl.a. Donald Winnicott, Michael Balint och Ronald Fairbairn.

Både England och USA är bra exempel på hur tillfälligheter, personligheter och kulturell särart och tidsanda också präglar psykoanalysen. På samma sätt förhåller det sig i Frankrike där psykoanalysens utveckling starkt har formats av Jacques Lacans radikala uttolkning av Freuds texter.

Det är svårt att entydigt uttala sig om den svenska psykoanalysen. Under 60- och 70- talen hade en mer utvecklingspsykologisk, såväl driftsinriktad freudiansk

teori, som jagpsykologi, en dominerande ställning inom svensk psykoanalys. Mångfald, men med de starkaste influenserna ifrån den anglosaxiska världen, karaktäriserar svensk psykoanalys idag. Successivt de senaste årtiondena har såväl objektrelationsteorier som kleininfluerad psykoanalytisk teori och kliniskt tänkande, fått allt starkare ställning i Sverige. Något som vidare kan sägas är att flertalet länge vetenskapsteoretiskt uppfattat psykoanalysen som en humanvetenskap, snarare än som en naturvetenskap. De senare åren har i vissa kretsar ett livligt intresse uppstått kring psykoanalysens koppling till neurovetenskap och biologi. Också psykoanalys med spädbarn, liksom barn- och ungdomspsykoanalys har det senaste decenniet varit på stark frammarsch i Sverige, med många psykoanalytiker som vidareutbildats i den disciplinen.

Vad innebär det att gå i psykoanalys?

Psykoanalys är en genomgripande och långsiktig behandling som bedrivs 3-5 gånger i veckan under flera år. Analysanden (personen som går i psykoanalys) ligger ned och uppmuntras att så fritt som möjligt uttrycka sina upplevelser, tankar och känslor.

Psykoanalytikerns och analysandens gemensamma utforskande av och ökade förståelse för det analysanden uttrycker, leder till att behandlingen framskrider och fördjupas. Även själva inverkan av den tillitsskapande relationen, med dess täthet och regelbundenhet vad det gäller plats och tider, har en avgörande betydelse för behandlingens framgång.

Den process som speciellt utnyttjas i psykoanalys för att få till stånd en djupgående, både kognitiv och emotionell bearbetning, kallas *överföring*.

I relationen med psykoanalytikern uttrycks känslor och tankar förknippade med omedvetna fantasier och föreställningar som analysanden har om sig själv och andra personer. Också minnen som ursprungligen härrör från betydelsefulla relationer under barndomen återuppväcks i överföringen. Genom förståelsen av vad som gestaltas och återupprepas i samspelet med psykoanalytikern, kan analysanden få insikt om tidigare bortträngda och okända sidor av sig själv och sina relationer till viktiga andra.

Psykoanalys är ett tätt och regelbundet samarbete mellan analytiker och analysand, under vilket analysanden blir mer och mer medveten om de underliggande källorna till hans eller hennes svårigheter, inte bara på ett intellektuellt sätt, men emotionellt – genom att åter erfara dem tillsammans med analytikern.

Ovannämnda förutsättningar för en psykoanalys samverkar till att göra det möjligt för analysanden att bearbeta och integrera motstridiga delar av sin personlighet, samt att bättre förstå hur hon styrts av omedvetna önskningar

och hämmats av omedvetna konflikter. Behandlingen ökar förutsättningarna för analysanden att ta ansvar för sig själv och sitt liv. Ett gynnsamt klimat för psykisk utveckling och mognad skapas.

För vem är psykoanalys bra?

Det lidande personen som söker psykoanalys har, kan vara av helt olika karaktär och mer eller mindre omfattande. Psykoanalytisk behandling förutsätter att det hos den sökande finns en önskan och motivation för inre förändring och inte enbart ett intresse att bli av med de symtom som denne lider av. Motivation och intresse för självreflektion, att lära känna sig själv bättre, är av större betydelse än de symtom den sökande har.

Likväl kan den som söker psykoanalys vara mer eller mindre försvagad av långvariga symtom såsom depression och ångest, sexuella svårigheter, fysiska symtom utan bevisbara underliggande fysiska orsaker. Man kan t. ex. vara plågad av handikappande tvångsmässiga handlingar eller tankar. En annan människa lever kanske ett inskränkt och isolerat ensamt liv, oförmögen att känna sig nära någon annan. Ett offer för sexuella övergrepp kan lida av en oförmåga att lita på andra människor. Vissa går i analys på grund av upprepade misslyckanden i kärlek, i arbete, som sammanhänger med ett självdestruktivt beteende. Andra söker psykoanalys därför att deras sätt att fungera på, deras karaktärsdrag, allvarligt försvårar för dem att göra viktiga val eller att kunna njuta av livet.

Inte så få söker psykoanalys av den anledningen att andra psykiatriska eller psykologiska behandlingsmetoder misslyckats, eller endast kosmetiskt eller temporärt kunnat vara dem till hjälp.

Människor som vill veta om de kan dra nytta av den, kan konsultera en erfaren psykoanalytiker.

Förutom psykoanalytisk behandling arbetar flertalet psykoanalytiker också med tidsbegränsad och längre psykoterapi som bedrivs 1-3 gånger i veckan.

Psykoanalytiker med sin speciella kunskap kan tillföra mycket inom vitt skilda områden. De anlitas ofta som lärare och handledare på olika utbildningar och som konsulter och handledare inom organisationer, näringslivet och kulturlivet.

Hur bekostas psykoanalys?

- Hos vissa privatpraktiserande läkaranalytiker inom ramen för landstingets högkostnadsskydd.
- Hos övriga psykoanalytiker till en kostnad som analytiker och analysand kommer överens om.
- Bidrag till psykoanalys kan ibland erhållas via de psykiatriska sektorerna och hos vissa arbetsgivare.
- Psykoanalys hos kandidat under utbildning vid något av de två instituten finansieras via Stockholms läns landstings högkostnadsskydd.

Utbildning

4-5 års seminarier kombinerat med eget psykoanalytiskt arbetet under handledning, samt egen psykoanalys. För närmare information se Svenska psykoanalytiska föreningens hemsida: www.spaf.a.se, samt Svenska psykoanalytiska sällskapetets hemsida: www.psykoanalytiskasallskapet.nu

Referenser

Den vetenskapliga dokumentationen om psykoanalys är omfattande. För orientering se IPA:s hemsida www.ipa.uk.org och klicka vidare till research. Där återfinns bl a sammanställningen ”An open door review of outcome studies in psychoanalysis”.

Studier med svensk anknytning är bl a:

- Bárány, A-S., Sandell, R., Schubert, J. (1993). Effekter av lång psykoterapi och psykoanalys – en forskningsöversikt. Stockholms läns landstings Psykoterapiinstitut, (Rapport från PI nr 6).
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). *International journal of Psychoanalysis*, 81(5), 921-943.
- Szecsödy, I., m. fl. (1997). *The European Multi-site Collaborative Study of Psychoanalysis* (Sweden, Finland, Norway, Holland and Italy). Paper presented at the Symposium on Outcome Research (Chair Otto Kernberg) International Psychoanalytic Association Congress, Barcelona, August 1997.
- Szecsödy, I., m. fl. (1999). *Multicenter collaboration of research on process and outcome of psychoanalysis*. Paper presented at the international Psychoanalytical Congress, Santiago.

Några andra senare studier är bl a:

Fonagy, P. et al (2005). Psychodynamic psychotherapies. Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of Menninger Clinic*, 69, 1-58.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86:841-68.

Svenska psykoanalytiska föreningen

Är en vetenskaplig förening som är ansluten till IPA (International Psychoanalytical Association). Föreningen har för närvarande ca 200 medlemmar. Dess institut bedriver utbildning av psykoanalytiker, såväl analys med vuxna som barn- och ungdomsanalys. Föreningen har en omfattande vetenskaplig verksamhet, en mottagning för förmedling av psykoanalytisk behandling samt bedriver på olika sätt information om psykoanalys, bl. a. i samarbete med ABF. Förutom i Stockholm är medlemmar verksamma i Göteborg, Lund-Malmö samt i Uppsala. Barn och ungdomsmottagningen BUM bedriver och förmedlar barn- och ungdomspsykoanalys. Psykoanalytikernas spädbarnsmottagning erbjuder samtals hjälp till spädbarn och deras föräldrar.

www.spaf.a.se

Svenska psykoanalytiska sällskapet

Föreningen bildades 1968 och har idag 78 medlemmar som är utbildade psykoanalytiker eller kandidater under utbildning. Sällskapet är anslutet till IPA (International Psychoanalytical Association). Medlemmarna har en yrkesmässig bakgrund som läkare, psykolog och /eller legitimerad psykoterapeut och bedriver både psykoanalys och psykoterapi. Genom sitt institut bedriver Svenska psykoanalytiska sällskapet utbildning av psykoanalytiker. Sällskapet främjar utvecklingen av psykoanalys genom intern fortbildningsverksamhet och utåtriktad verksamhet i form av offentliga seminarier och en skriftserie. Sällskapet har en mottagning för förmedling av psykoanalytisk och psykoterapeutisk behandling.

www.psykoanalytiskasallskapet.nu

Psykoanalytisk parpsykoterapi

Vad är psykoanalytisk parpsykoterapi?

En psykoterapiform där fokus ligger på parets relation och på den känslomässiga och ofta omedvetna innebörden i parets svårigheter. Uppmärksamhet ägnas åt partnervalet och de behov som detta uttrycker samt individernas och parets historia som en bakgrund till den aktuella situationen. I psykoanalytisk parpsykoterapi söker man en vidgad förståelse för omedvetna drivkrafter bakom och det egna bidraget till samspelet. Det blir då möjligt att på ett friare sätt förhålla sig till sig själv och varandra. En förändring av det som låst och hindrat blir möjlig. Psykoanalytisk parpsykoterapi bygger vidare på kunskaper från psykoanalysen som teori och metod för att förstå och möta svårigheter hos par.

Vad är psykoanalytisk parpsykoterapi bra för?

Vid kriser, ångesttillstånd, depressioner, sexuella svårigheter eller psykosomatiska besvär relaterade till parrelationen.

Vid svårigheter som får konsekvenser för parrelationen, tex kriser, sjukdom, förluster eller andra förändringar.

För vem?

- För par där båda parter önskar hjälp med känslomässiga svårigheter i sin relation.
- För par som är oroliga för att barnen reagerar med att få psykiska eller psykosomatiska symtom på föräldrarnas samspel.
- För par som önskar hjälp att hantera förändringar i familjen, t. ex. i samband med separation, styvfamiljsproblematik eller i relation till barnen.
- För att kunna tillgodogöra sig terapin bör båda parter ha – eller kunna utveckla – en öppenhet för att förstå mer av sig själv och sin egen del i det gemensamma samspelet.

Hur går det till?

Paret träffar en parpsykoterapeut regelbundet – i allmänhet 60 – 90 minuter varje eller varannan vecka – under en tidsrymd som man gemensamt kommer överens om. Kontakten med psykoterapeuten kan innebära ett antal konsultationer eller en psykoterapi under flera månader.

Utgångspunkt för samtalen är det som paret upplever som bekymmersamt och tillsammans med terapeuten utforskas bådas bild och upplevelser av problemet.

Vad kostar det?

Paret betalar efter överenskommelse med psykoterapeuten som följer gängse taxa för privatpraktiserande eller den taxa som gäller på aktuell arbetsplats.

Hur kan man få psykoanalytisk parpsykoterapi?

Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi (SFPP) kan förmedla kontakt med psykoanalytiskt orienterad parpsykoterapeut.

Referenser

Tavistock Centre for Couple Relationships's hemsida <http://www.tccr.org.uk> hänvisar till dokumentation från psykoanalytisk terapi med par.

I London finns även Society of Couple Psychoanalytic Psychotherapists - SCPP, <http://www.couplespsychotherapy.co.uk>

För litteraturtips: Se vår hemsida www.parpsykoterapi.com

Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi - SFPP

bildades 1995 av dem som genomgått den första – och hittills enda – legitimeringsgrundande utbildningen i psykoanalytisk parpsykoterapi som anordnats i Sverige. SFPP anordnar dels årliga studiedagar med fokus på paret ur ett psykoanalytiskt perspektiv, dels längre fördjupade utbildningar i parpsykoterapi. SFPP har i dessa sammanhang ett nära samarbete med Tavistock Centre for Couple Relationships -TCCR.

www.parpsykoterapi.com

Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi

Vad är psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi?

Det psykoteraeutiska arbetet utgår från psykoanalytisk teori och modern utvecklingspsykologi. Exempelvis är objektrelationsteori och anknytningsteori betydelsefulla då de fokuserar på individens utveckling i samspel med viktiga andra. Psykoterapeuten utgår från att det bakom symptom och beteenden som barnet uppvisar kan finnas omedvetna fantasier, önsknin­gar och konflikter. Det barnet visar kan också vara reaktioner på händelser som varit traumatiserande eller sammanhang som varit barnet övermäktiga och som barnets omogna psyke inte klarat av att hantera. Det kan också vara en lämplig behandling för barn med allvarliga psykiska funktionshinder, där behandlingen inriktas på ett uppbyggande av psykiska och kognitiva funktioner.

Psykotera­pin anpassas alltid efter barnet eller ungdomen och föregås av en noggrann bedömning av barnets resurser och problem för att avgöra vilken behandling som är lämplig. Föräldrarnas eller vårdnadshavarnas möjligheter att stödja en terapeu­tisk behandling tas också med i bedömningen.

Vad är barn- och ungdomspsykoterapi bra för?

- För att barnet eller ungdomen skall få förståelse för sig själv och sin omvärld och få hjälp att skapa sammanhang
- För att undanröja hinder för den normala utvecklingen
- För att stärka barnets eller den unges självbild
- För att ge barnet/ungdomen redskap så att det kan fungera bättre i relation till sin omgivning

För vem är det bra?

För barn och ungdomar

- som känner ångslan, ångest, starka mindervärdes­känslor/låg själv känsla eller som är deprimerade
- som har ett starkt aggressivt och destruktivt agerande mot sig själv eller andra, och som visar någon form av eget psykiskt lidande kring detta
- med bristande anknytning som kan visa sig i kontakt- och kommunikationssvårigheter,
- som visar symptom på psykisk ohälsa efter traumatiska upplevelser,
- som har psykiska problem relaterade till kronisk sjukdom, neuropsykiatriska- eller andra funktionshinder

- som har psykologiskt betingade svårigheter vad gäller inläring eller motorik.

Ungdomsåren ställer särskilda krav på den växande människan. Ungdomar utsätts för särskilda påfrestningar och svårigheter som de kan behöva få prata om i psykoterapi. Det centrala med inträdet i tonåren är att kroppen utvecklas och mognar och att den psykiska utvecklingen på olika sätt måste hålla den takten och bära vad den ”nya kroppen” signalerar. Kroppens förändring och mognad sker parallellt med den psykiska förändringen. Många ungdomar känner då inte igen sin kropp och humörsvängningar vilket kan leda till stor oro över att vara psykiskt avvikande eller sjuk. Terapeutisk behandling kan då behövas

- för att få en tydligare och tryggare identitet under sin utveckling mot en alltmer självständig individ.
- för att ges en andra chans till känslomässig bearbetning av tidigare trauman som kan innebära att en positiv ungdomsutveckling initieras innan vuxenlivet tar vid med nya krav.

Hur går det till ?

Grundtanken i en psykodynamisk terapi med barn och ungdomar är att en människa utvecklas i relation till såväl sina inre förutsättningar som yttre förhållanden, i relation till föräldrar, syskon, och omgivande samhälle. Dynamiken finns inom individen: barnet/den unge reagerar på sin verklighet med känslor och fantasier som i sin tur påverkar upplevelser, kognition, beteenden och samspel.

Det generella målet i en psykodynamisk barn- och ungdomsterapi är att undanröja inre, psykologiska hinder för normal utveckling. Den terapeutiska behandlingen utgår från det individuella barnet eller ungdomen och dess förutsättningar. Barnets/den unges emotionella och kognitiva utvecklingsnivå, dess medfödda styrkor och svårigheter samt personlighet och temperament är faktorer som påverkar hur terapin utformas och vilka mål som sätts för individen.

I en **barnpsykoterapi** arbetar terapeuten utifrån förutsättningen att barnet uttrycker sig själv och sin problematik i *lek och relaterande till terapeuten* och det är genom *terapeutens bemötande och samspel tillsammans med barnet som utveckling kommer till stånd och bearbetning kan ske.*

- **Vilka träffas och hur länge?** Barnpsykoterapi på psykodynamisk grund innebär ofta att barnet träffar en terapeut och föräldrarna har en parallell samtalskontakt, antingen med barnets terapeut eller med en

egen föräldraterapeut. I föräldraterapin erbjuds föräldrarna möjlighet att arbeta med att förstå både barnet och dess beteende samt sina egna känslor i förhållande till barnet. De får även hjälp att hitta nya och mer adekvata förhållningssätt till sitt barn och hjälp att anpassa dessa efter barnets utveckling. Barnterapeuten får även viktig information om barnets verklighet i hem, förskola och skola. Vanligen pågår en behandling c:a ett-två år, men även kortare och längre terapier förekommer. Under åren har även andra former av psykodynamiska barnterapierna vuxit fram. Korttidsterapi för barn är en sådan form. Där träffar barnet terapeuten 10-20 gånger, med parallell föräldrakontakt, och arbetar kring ett tydligt formulerat fokus. Ibland kan gemensam föräldra-barnterapi vara att föredra. Den psykodynamiska och utvecklingspsykologiska kunskapen finns med i grunden men tonvikten läggs då ofta på direkt arbete med den verkliga relationen mellan förälder och barn.

- **Ramar** (d.v.s. i förväg bestämda regler) är en viktig bas i psykodynamisk barnterapi. Barnet träffar oftast terapeuten en till två gånger per vecka, samma tider varje vecka och i samma rum. Ramarna är till för att skapa en hållande miljö för barnet, där relationen till terapeuten kan fördjupas utan att barnet ska behöva lägga energi på att förhålla sig till eller oro sig för förändringar.
- **Lek.** Rummet är utrustat med utvalda spel och sådant lekmaterial som stimulerar fantasin och barnets kreativitet. Materialet används fritt på det sätt barnet väljer för att bäst uttrycka sig. Mycket ofta sker leken genom att barnet självmant initierar någon form av kontakt med terapeuten.
- **Terapeuten** svarar på barnets lek och relaterande utifrån den nivå som barnet befinner sig på. Det innebär att själva handlingarna/interventionerna terapeuten gör ser olika ut för olika barn. För vissa barn handlar det om en bearbetning av specifika trauman där terapeuten finns med som en följeslagare. Genom leken återupprepar barnet sina erfarenheter och känslor från de traumatiska situationerna och får hjälp att strukturera sina upplevelser och sitt tänkande kring det som skett. Barnet kan därmed gå vidare med minnet av det traumatiserande som en integrerad erfarenhet av något svårt men som det ändå klarat av. För ett annat barn finns kanske grundläggande brister på grund av sårbarhet eller omgivningsfaktorer. Ofta finns kombinationer av dessa. Terapeutens uppgift blir då att hjälpa barnet till vidare utveckling av anknytningsförmågan och den inre psykiska strukturen.

I psykodynamisk barnpsykoterapi används tolkningar ibland, men mycket av arbetet sker genom leken i dess symboliska form, genom terapeutens bemötande av barnet och genom andra former av verbala interventioner.

- **Kontakter med skola/förskola.** I barnpsykoterapi har terapeuten ofta kontakt med barnets förskola/skola tillsammans med föräldrarna. Barnen är då informerade och får komma med synpunkter på vad som ska tas upp. I vissa fall är det bättre att kontakten med skolan istället sker via föräldraterapeuten då det är viktigt att barnets integritet beaktas.

Ungdomspsykoterapi är en egen terapiform. Tonåringen befinner sig i en utveckling (konflikten mellan självständighet och beroende) och kan både längta efter och skrämmas av en kontakt med och en relation till en ny vuxen. För ungdomar som inte längre har leken som uttrycksform får samtalet en allt större betydelse. Men terapeuten har en mer aktiv hållning och ett mer personligt förhållningssätt än i vuxenpsykoterapi.

Tonåringar kan gå i både långa och kortare individualkontakter av psykodynamisk inriktad terapi. Längden kan vara svår att avgöra från början men kan bestämmas i samråd efter ett antal inledande orienterande samtal.

Kontakten med föräldrar varierar beroende på tonåringens ålder och svårigheter. Yngre tonåringar kan behöva ha en behandling där föräldrarna medverkar antingen i en parallell samtalskontakt eller deltar i vissa i förväg uppgjorda samtal.

Vid behov kan även psykoterapeuten ha kontakt med skolan tillsammans med tonåringen och föräldrarna.

Vilka krav ställs på familjen?

- Att möjliggöra för barnet/ungdomen att komma till de avtalade tiderna
- Att utgöra det stöd barnet/ungdomen behöver för att kunna genomföra terapin
- Att föräldrarna parallellt har en kontinuerlig samtalskontakt, alternativt för äldre, ännu omyndiga ungdomar, att de ändå ger sitt godkännande till terapin

I de fall barnet inte bor hos sina föräldrar ställs dessa krav på barnets dagliga vårdnadshavare.

Var kan man få barn och ungdomspsykiatri? Vad kostar det?

- Inom den offentliga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (BUP) är all behandling kostnadsfri
- Vid Ericastiftelsen i Stockholm, avgiftsfritt
- Hos privatpraktiserande barn- och ungdomspsykiatriker betalar man själv till terapeuten. Terapeuterna kan nås via bl.a. Psykiatri-Centrum. I vissa fall kan behandlingen bekostas av olika bidrag/anslag hos de psykiatriker som har avtal med kommun eller landsting.

Oavsett vårdgivare sker alltid en individuell bedömning innan ställningstagande till behandling sker, om psykiatri barn- respektive ungdomspsykiatri är den lämpligaste behandlingsmetoden, i just detta skede.

Utbildning

Utbildningen av legitimerade psykiatriker med inriktning på barn- och ungdomspsykiatri sker sedan många år vid Ericastiftelsen i Stockholm. Vid universitetet i Göteborg, Linköping samt i Umeå erbjuds numera också utbildning i barn- och ungdomspsykiatri. Den legitimeringsgrundande utbildningen består av en treårig påbyggnadsutbildning (60 poäng) efter grundläggande psykiatriutbildning som i sin tur omfattar 1½-2 års studier. Flertalet legitimerade psykiatriker har grundutbildning som psykolog, läkare eller socionom.

Referenser

- Blomberg, B. (2005). När är psykiatri barn- och ungdomspsykiatri en lämplig behandling för barn? *Mellanrummet*, nr.1, 11-24.
- Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000). *Forskning om barn- och ungdomspsykiatri. En kunskapsöversikt*. Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (1999). *Vändpunkter i barnpsykiatri. Psykiatriker erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling, Stockholms Universitet/ Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (2005). Barnpsykiatri och evidens. *Mellanrummet*, Nr. 13, 69-78.
- Eresund, P. (2002). *Att behandla störande beteende. Metodutveckling i barnpsykiatri*. Akademisk avhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Høstmark Nielsen, G., Binder, P-E. & Holgersen, H. (2004). Individualterapi med barn og unge. En velfunderet, nyttig og regnigssvarande behandlingsform? *Matrix*, 21, nr 1, 22-40.
- Muratori, F., Picci, L., Bruni, G., Patarnello, M. & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for inter-

nalising disorders in children. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.

Tydén, A. (2002). *Tidsbegränsad barnpsykiatri – barn och föräldrars erfarenheter*. Rapport från Ubi, Stockholms Läns Landsting.

Med skönlitterär kvalitet

Cleve, E. (2000). *Från kaos till sammanhang. Psykiatri med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Cleve, E. (2002). *En stor och en liten är borta. Kristerapi med en tvåårig pojke*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Föreningen för barn- och ungdomspsykiatrier

Bildades 1985 och är öppen för legitimerade psykiatrier utbildade vid Ericastiftelsen eller med likvärdig utbildning i barn- och ungdomspsykiatri. Föreningen är tillsammans med Södra Sveriges Barn- och Ungdomspsykiatiska förening samt Föreningen för barn- och ungdomspsykiatrier i västra Sverige, ansluten till European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector (EFPP), bildad 1991 i London.

Hemsida: www.enigma.se/efpp

www.enigma.se/fbup

Psykodynamisk psykoterapi

Vad är psykodynamisk psykoterapi?

En grundläggande tanke i psykodynamisk psykoterapi är att psykiska symtom som ångest och depression uppkommer då människor inte finner fungerande sätt att hantera sina känslor eller relationer till andra. Även om ett viktigt syfte med en psykodynamisk psykoterapi är att uppnå symtomfrihet kommer terapin därför inte att ensidigt fokusera på symtomet. Istället ses symtom som meningsfulla uttryck för en inre eller yttre konflikt eller svårighet som behöver bearbetas så att den kan få en mer konstruktiv lösning. När denna lösning uppnåtts kommer symtomen att minska eller försvinna.

En viktig del av botten i en psykodynamisk psykoterapi är att de problematiska livsmönster individen bär med sig synliggörs i relationen till psykoterapeuten. Genom att psykoterapeuten när detta sker hjälper patienten att bli medveten om det blir det möjligt för patienten att nå en känslomässigt grundad förståelse vilket underlättar förändring. Genom att psykoterapeuten på ett empatiskt sätt lyssnar och inte avvisar eller värderar, kan patienten få en ny känslomässig erfarenhet av att kunna bli accepterad som den han eller hon är. En sådan erfarenhet kan i sig bidra till att patienten förändras.

I arbetet med att hjälpa patienten att utforska sina känslor, behov, motiv och relationer kommer en psykodynamisk psykoterapi att delvis handla om att förstå individens livshistoria. Huvuddelen av tiden ägnas dock åt att arbeta med känslor, tankar, motiv och relationer som är aktuella i patientens liv. Ett undantag är i arbetet med personer som varit utsatta för svåra traumatiska händelser. Här kommer ofta en stor del av arbetet att ägnas åt att bearbeta minnen och känslor från dessa händelser. Detta kombineras med ett arbete kring hur traumat påverkar relationer och känslor här och nu.

Ett exempel på hur ett symtom kan bli begripligt och förändras under en psykodynamisk korttidsterapi kan vara en kvinna som söker hjälp för depressiva besvär. Under de inledande samtalen framkommer att hon har svårt att säga nej till andras krav och önsknings i nära relationer och på arbetet. När detta undersöks visar det sig att hon har en föreställning om att om hon säger nej till andra kommer de att överge henne. Hennes lösning har blivit att fortsätta ställa upp för att försäkra sig om att behålla sina relationer till andra. Samtidigt känner hon sig alltmer utnyttjad och saknar en relation där hon kan känna att hon duger som hon är utan att behöva prestera. Detta har gradvis gjort henne alltmer deprimerad. Att i samtalen sätta ord på och förstå dessa känslor ger först lättnad. Men när hon ändå fortsätter att vara nedstämd blir kvinnan efter

en tid rädd för att terapeuten skall tröttna på henne. Detta leder till att hon blir spänd och inte vet vad hon skall säga under samtalen. Terapeuten undrar över hur detta kommer sig och tillsammans lyckas de förstå sammanhanget. Denna nya erfarenhet av att hennes spändhet och tystnad blir mött av terapeutens accepterande och försök att förstå istället för den irritation och avvisande som kvinnan varit rädd för hjälper henne att bemästra sin rädsla för att bli avvisad. Hon börjar ta kontrollen över sitt liv och de depressiva symtomen minskar. Under det fortsatta arbetet kan relationsmönstret i nutid kopplas till upplevelser av osäkerhet på föräldrarnas kärlek och hur hon som liten försäkrade sig om deras uppmärksamhet genom att ständigt vara den duktiga storasystemen. När detta har genomarbetats är de depressiva symtomen borta, kvinnan har börjat sätta adekvata gränser i relation till andra och terapin kan avslutas.

Psykodynamisk psykoterapi har sitt ursprung i psykoanalysen som skapades för omkring hundra år sedan. Vissa delar av den ursprungliga teorin spelar fortfarande en viktig roll men huvuddelen har genomgått omfattande förändringar och delar har förkastats. Här har både de erfarenheter psykoterapeuter samlat under hundra år, den alltmer omfattande psykoterapiforskningen och den moderna utvecklingspsykologin spelat stor roll.

Vad är psykodynamisk psykoterapi bra för?

Det finns ett stort antal studier där patienter slumpmässigt fördelats till psykodynamisk psykoterapi eller väntelista/annan behandling. Flertalet studier gäller psykodynamisk korttidsterapi där patienten träffar terapeuten 12 till 20 gånger. Sammantaget visar dessa studier att psykodynamisk korttidspsykoterapi är dokumenterat effektiv vid ett stort antal psykiatriska diagnoser som depression, ångest, social fobi, ätstörningar och mindre svåra personlighetsstörningar. Psykodynamisk korttidsterapi är dessutom dokumenterat effektiv som komplement till annan behandling av olika kroppsliga sjukdomar. Ett exempel är olika mag- och tarmsjukdomar.

Vid svårare psykiatriska diagnoser och för mer omfattande personlighetsförändrande behandling räcker inte korttidsterapi till för att åstadkomma bestående förbättringar. Exempel på detta är anorexi, borderline- och andra allvarliga personlighetsstörningar. För dessa diagnosgrupper finns flera studier där patienter slumpmässigt fördelats till långvarig psykodynamisk psykoterapi eller annan behandling som visar att psykodynamisk psykoterapi är en effektiv behandlingsform. Psykodynamisk långtidspsykoterapi leder till förbättringar av symptom, självbild och förmåga att relatera till andra som består flera år efter avslutad terapi.

För vem är psykodynamisk psykoterapi bra?

Psykodynamisk psykoterapi är bra för personer som lider av de flesta psykiatriska tillstånd samt för personer som önskar förändra sitt sätt att hantera relationer eller sin bild av sig själva. Det avgörande är att personen själv har en önskan om att förstå sig själv bättre och en önskan om förändring. Liksom i alla psykoterapiformer behöver personen vara villig att ta en aktiv del i det psykoterapeutiska arbetet vilket i psykodynamisk psykoterapi innebär att berätta om sig själv, sina känslor och sina relationer så öppet det går.

Nästan alla kan således ha nytta av en psykodynamisk psykoterapi men hur lång terapin behöver vara beror på vem personen är och vilka svårigheter man önskar övervinna. För att kunna tillgodogöra sig en psykodynamisk korttids-terapi behöver man ha ett visst mått av förmåga att knyta an i en ömsesidig relation samt kunna reflektera kring sig själv och sina känslor. Personer med mer omfattande svårigheter att relatera eller reflektera behöver oftast längre tid på sig.

Hur går det till?

Som framgått ser en psykodynamisk psykoterapi olika ut beroende på vem det är som går i psykoterapi och vad målet är. Psykoterapin innebär ett nära samarbete mellan psykoterapeut och patient inom ramen för en trygg relation och ett samarbetskontrakt. De yttre ramarna kan variera från en överenskommelse om att träffas fyra gånger för att få perspektiv på en konkret livsvårighet till en intensiv psykoterapi flera gånger i veckan under flera år. Psykoterapin kan bedrivas med en individ, ett par, en familj eller en grupp. Psykoterapeutens arbetssätt skiljer sig en del beroende på hur lång terapin är tänkt att bli och hur omfattande målen är. I en korttids-terapi kommer psykoterapeuten att vara ganska aktiv i att ställa frågor och hjälpa patienten att hålla fast vid de frågor och det fokus man kommit överens om. Det samma gäller oftast i parterapi och familjeterapi. I en långtidspsykoterapi ser arbetssättet annorlunda ut. Terapeuten blir mindre styrande och lämnar ett större utrymme för patienten att följa det som dyker upp i stunden. Detta möjliggör en djupare bearbetning av problemen.

Var kan man få psykodynamisk psykoterapi och vad kostar det?

Psykodynamiska psykoterapeuter arbetar både inom den offentliga sjukvården och privat. Hos de som är anställda inom, eller har avtal med, landstinget gäller högkostnadsskydd. I annat fall överenskommer patient och psykoterapeut om kostnaden. För att komma i kontakt med en psykodynamisk psykoterapeut kan man vända sig till psykiatrin på hemorten, vända sig till Riksföreningen

PsykoterapiCentrums förmedlingsverksamhet, söka under rubriken legitimerade psykoterapeuter i telefonkatalogen eller genom Förbundet S:t Lukas och Ericastiftelsen.

Referenser

Orientering

Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Forskning:

Ankarberg, P. (2006). *Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi: En kontinuerligt uppdaterad översikt av forskningsläget*.

Artikeln finns att hämta gratis på www.rpc.nu.

Fonagy P., Roth A., Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69 (1), 1-58.

Knekt, P., Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. *Kela, Studies in social security and health vol. 77*, Helsingfors.

Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.

Sandell, R. (2006). 10 ganska praktiska slutsatser på grundval av STOP-Projektet. *Insikten 1*, 19-23.

Vinnars, B., Barber J. P., Norén, K., Gallop, R., Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1933-1940.

Riksföreningen PsykoterapiCentrum (RPC)

RPC bildades 1971 och är landets största intresseförening för att utveckla och stödja psykodynamiskt orienterad psykoterapi. RPC har 10 lokalföreningar och ca 1 350 medlemmar, huvudsakligen legitimerade psykoterapeuter. RPC arbetar bl a med fortbildning, information, etik, vårdavtalsfrågor och kontakter med myndigheter/institutioner angående psykoterapins tillgänglighet, utveckling och plats i vården. RPC skriver remissvar på statliga utredningar och gör uppvaktningar och aktioner beträffande psykoterapi och psykoterapeututbildning. RPC deltar i psykoterapins utveckling internationellt genom medlemskap och insatser i internationella psykoterapiorganisationer. RPC är medlem i EFP. RPC följer och stödjer psykoterapiforskningens utveckling.

RPC ger ut tidningen INSIKTEN.

Epost: rpc@rpc.nu

www.rpc.nu

Legitimerad psykoterapeut - vad är det?

Psykoterapeutexamen uppnås efter att den studerande fullgjort kursfordringar om 60 poäng under en treårsperiod (deltidsstudier). För att få psykoterapeutexamen krävs dessutom att studenten har avlagt psykologexamen, läkarexamen med specialistkompetens i psykiatri, socionomexamen eller annan motsvarande utbildning. För de två sistnämnda grupperna krävs dessutom grundläggande psykoterapiutbildning.

Efter den grundläggande psykoterapiutbildningen, inklusive egenterapi ställs krav på två års yrkeserfarenhet inom psykiatrisk vård eller motsvarande (undantag från detta krav görs för läkare med specialistkompetens i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri). Utbildningsanordnarna har sedan mer detaljerade antagningsbestämmelser som kan vara något olika.

För att den teoretiska kunskapen ska kunna förankras och fördjupas i den kliniska tillämpningen krävs att man under utbildningens gång kan arbeta halvtid med psykoterapeutiska uppgifter. Då utbildningen utvecklas och utvärderas regelbundet kan kraven för psykoterapeutexamen komma att förändras inom de närmaste åren.

Ibland sägs att legitimerade psykoterapeuter har Sveriges längsta utbildning.

Den vanligaste grundutbildningen för leg psykoterapeuter är *psykolog* (c:a 54%), därefter *socionom* (c:a 20%) och *läkare* (c:a 10%). Det finns omkring 4 600 legitimerade psykoterapeuter i Sverige, varav 3 900 under 65 år.

År 1985 infördes legitimationen för psykoterapeuter

Yrkestiteln psykoterapeut är skyddad i lag och får bara användas av legitimerade psykoterapeuter. Bara legitimerade psykoterapeuter får anställas som psykoterapeuter av landsting och kommuner i deras hälso- och sjukvård. Legitimationen är en slags garanti att psykoterapeuten är väl utbildad och arbetar på väl beprövat sätt – psykoterapeuten står under tillsyn av Socialstyrelsen och kan anmälas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Vad är skillnaden mellan legitimerad psykoterapeut, legitimerad psykolog, psykiatriker?

En **legitimerad psykoterapeut** har genomgått den ovan beskrivna utbildningen till psykoterapeut.

En **psykiatriker** är en **legitimerad läkare** som sedan specialiserat sig inom psykiatri, vilket tar c:a fem år efter läkarlegitimationen. Psykiatrikern är specialist inom området psykiska sjukdomar och har rätt att skriva ut mediciner.

Psykiatrikern har basutbildning i psykoterapi och kan efter två års psyko-
terapeutiskt arbete under handledning samt egen psykoterapi söka till den
legitimationsgrundande psyko-terapeututbildningen.

En **legitimerad psykolog** har femårig högskoleutbildning plus ett års praktik
(PTP). Psykologen arbetar inom många områden t ex inom arbetspsykologi,
skolan, rättsväsendet, omsorgsvården och den psykiatriska vården. Psykolo-
gen kan göra utredningar, genomföra tester och utföra psykologiskt behand-
lingsarbete. Psykologen har basutbildning i psykoterapi och kan efter två års
psyko-terapeutiskt arbete under handledning samt egen psykoterapi söka till
den legitimationsgrundande psyko-terapeututbildningen.

Utbildningar med examensrätt

Beteendeterapeutiska föreningen, Box 1510, 75145 Uppsala
Hemsida www.kbt.nu

Kognitiv beteendeterapi

Center för Cognitive Psyko-terapi och Utbildning i Göteborg AB, Thorilds-
gränd 1, 4442 31 Kungälv. Hemsida www.cognitivterapi-gbg.se

Kognitiv psyko-terapi

Ericastiftelsen, Odengatan 9, 11424 Stockholm, tfn 08-402 17 60
Hemsida www.ericastiftelsen.se

Barn- och ungdomspsyko-terapi

Göteborgs Psyko-terapi Institut, Vasagatan 16, 41124 Göteborg,
tfn 031-711 97 51 Hemsida www.gpsi.se

Psykoanalytiskt/psykodynamiskt inriktad psyko-terapeututbildning

Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen, Box 500,
40530 Göteborg, tfn 031-773 16 36 Hemsida www.gu.se

Individualpsyko-terapi för vuxna, familjpsyko-terapi samt barn- och ungdomspsyko-terapi

Karolinska Institutet, Sektionen för psyko-terapi, Institutionen för
klinisk neurovetenskap, Björngårdsgatan 25, 11852 Stockholm,
tfn 08-615 97 00 Hemsida www.ki.se

Psykodynamisk individualpsyko-terapi för vuxna

Linköpings universitet och Hälso- och Universitetet i Linköping,
58183 Linköping, tfn 013-28 56 75 Hemsida www.liu.se

Psykoanalytisk och systemorienterad psyko-terapi

Linnéstadens psykoterapiinstitut, Järntorget 4, 41304 Göteborg
Hemsida www.LPIGBG.cjb.net

Psykoanalytisk och psykodynamisk inriktning

Lunds universitet, Institutionen för psykologi, Box 213, 22100 Lund,
tfn 046-222 36 40 Hemsida www.lu.se

**Psykodynamiskt orienterad psykoterapi, familjeterapi samt kognitiv-be-
teendeinriktad psykoterapi**

Otterhallans Institut, Kungsgatan 10A, 41119 Göteborg,
tfn 031-774 09 29 Hemsida www.otterhallans.se

Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi

Psykoterapisällskapet AB, Liljeholmsvägen 30B, 11761 Stockholm,
tfn 08-462 12 20 Hemsida www.psykoterapisallskapet.se

Gruppsykoterapi för vuxna, familjeterapi

SAPU (Stockholms Akademi för PsykoterapiUtbildning)
Brännkyrkagatan 76, 11823 Stockholm, tfn 08-642 10 24

**Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi med särskild
inriktning på objektrelationsteori och självpsykologi**

S:t Lukas utbildningsinstitut, Box 17240, 10462 Stockholm,
tfn 08-658 48 84 Hemsida www.st-lukas.se

**Psykodynamisk individualpsykoterapi med vuxna i
Stockholm, Göteborg, Lund**

Svenska institutet för kognitiv psykoterapi, Sabbatsbergs sjukhus,
Box 6401, 11382 Stockholm, tfn 08-690 52 60

Kognitiv psykoterapi

Svenska psykoanalytiska föreningen, Västerlånggatan 60,
11129 Stockholm, tfn/fax 08-10 80 95 Hemsida www.spaf.a.se

Psykoanalytikerutbildning

Svenska psykoanalytiska sällskapet, Upplandsgatan 83,
11344 Stockholm tfn 08-33 82 58

Hemsida www.psykoanalytiskasallskapet.nu

Psykoanalytikerutbildning

Umeå universitet, Institutionen för klinisk vetenskap/Psykoterapi, 90187 Umeå,
tfn 090-785 64 94 Hemsida www.umu.se

Psykodynamisk psykoterapi för vuxna, familjeterapi, kognitiv psykoterapi

Uppsala universitet, Institutionen för psykologi, Box 1225,
75142 Uppsala, tfn 018-471 21 02/04 Hemsida www.psyk.uu.se

Kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi

Hur får man examensrätt?

Utbildningsanordnare som önskar examensrätt ansöker om detta hos Utbildnings- och kulturdepartementet, som ger Högskoleverket i uppdrag att kvalitetsgranska utbildningen. Om utbildningen uppfyller kvalitetskriterierna beslutar regeringen om examensrätt. Med psykoterapeutexamen från en sådan utbildning kan man hos Socialstyrelsen ansöka om legitimation som psykoterapeut.

Diplom, licenciering eller någon annan form av examensbevis från psykoterapiutbildningar ger inte rätt att kunna få legitimation. Utbildningen har då antingen inte godkänts för examensrätt eller inte ansökt om detta.

Om man upplever sig felbehandlad i psykoterapi - vad gör man då?

Vid svårigheter i en psykoterapi är den första åtgärden att försöka reda ut situationen med sin terapeut. Om detta inte går eller missförhållandena är allvarligare kan man vända sig till följande instanser:

Om psykoterapeuten (oberoende av om terapeuten är legitimerad eller ej) är anställd inom Hälso- och Sjukvården eller arbetar inom privat verksamhet som finansieras med offentliga medel kan anmälan göras till:

- **Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).** Preskriptionstiden är två år och anmälan måste ha inkommit till HSAN i så god tid att man därifrån hinner meddela den anmälda personen inom de två åren. Bedöms felbehandling föreligga får psykoterapeuten en varning eller en erinran. HSAN behandlar endast de klagomål som är beskrivna i anmälan. Beslutet går att överklaga till Länsrätten i Stockholms län.
- **Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet.** Enheten är inte bunden av vad som står i anmälan utan kan göra en generell undersökning av terapeutens verksamhet och kan ålägga terapeuten att ändra på sin verksamhetsutövning för att få fortsätta. Socialstyrelsen kan anmäla till HSAN och yrka på att terapeuten åläggs en disciplinpåföljd. För en legitimerad psykoterapeut kan det därutöver innebära en inskränkning av legitimationen i form av att en provotid åläggs eller att legitimationen återkallas.

Det går bra att göra en anmälan till båda instanser samtidigt.

Är terapeuten anställd inom landstinget och det handlar om missnöje med bemötande kan man vända sig till:

- **Patientnämnden inom respektive landsting.** Nämnden är en fristående instans för frågor och klagomål som gäller offentligt finansierad hälso- och sjukvård och skall verka för god kontakt mellan personal och patienter.

Är psykoterapeuten legitimerad och arbetar helt privat vänder man sig till Socialstyrelsen.

Terapeuter som arbetar helt privat och ej är legitimerade lyder under det som tidigare kallades kvacksalverilagen, numera kapitel 4 i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) Kapitlet handlar om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

Det finns också **etiska regler** för psykoterapeuter, psykologer, socionomer, läkare m fl yrkesutövare antagna av deras fackförbund och yrkesföreningar. Om man har etiska frågor eller har frågor om hur psykoterapin går till kan man alltså vända sig till terapeutens fackförbund eller till förening för den aktuella terapiriktningen.

SAMRÅDSFORUM

för psykoterapi

Samrådsforum är en instans för överläggningar mellan samtliga föreningar för de olika psykoterapiinriktningarna för legitimerade psykoterapeuter.

Samrådsforum arbetar för bästa kvalitet inom psykoterapi och psykoterapeututbildning samt för att psykoterapi ska vara tillgänglig på rimliga ekonomiska och administrativa villkor för dem som behöver psykoterapi. Detta skiljer sig från fackförbundens överordnade mål som är att *arbeta för medlemmarnas yrkesintressen, löner och arbetsvillkor*. Psykoterapeuter är organiserade i flera olika fackförbund inom vilka de utgör en mindre andel av medlemmarna.

Genom **Samrådsforum** når man landets legitimerade psykoterapeuter och får tillgång till expertkunskaper i aktuella och allmänna frågor som berör människors psykiska hälsa.

När departementen, riksdagen, Socialstyrelsen, landstingen eller andra institutioner efterfrågar psykoterapeutisk expertis och på ett samlat sätt vill inhämta psykoterapeuters erfarenheter och synpunkter ska man vända sig till **Samrådsforum**.

Samrådsforum har överläggningar om aktuella psykoterapifrågor 1 – 3 gånger per halvår, då också representanter i de stora internationella psykoterapiorganisationerna deltar.

Samrådsforums föreningar organiserar tillsammans fler legitimerade psykoterapeuter än någon annan organisation och har sammanlagt drygt 2 600 legitimerade psykoterapeuter som medlemmar av vilka flera även kan erbjuda psykoterapi på annat språk.

De vanligaste grundutbildningarna för legitimerade psykoterapeuter är psykolog (ca 54%), därefter socionom (ca 20%), läkare (ca 10%), sjuksköterska (ca 4%) och barnmorska, sjukgymnast och arbetsterapeut (tillsammans ca 1%). Övriga grundutbildningar (10%) är främst präst och andra akademiska utbildningar.

Det finns 4 447 legitimerade psykoterapeuter i Sverige, men 605 är ej yrkesverksamma. Av dessa är 484 pensionerade. (Socialstyrelsens statistik från nov 2003)

Samrådsforum adresser

Beteendeterapeutiska föreningen (BTF)

Ordf: *Karin Ovefelt*

E-post: karin_ovefelt@hotmail.com

Adress: Box 1510, 751 45 Uppsala

www.kbt.nu

Föreningen för Barn- och ungdomspsykoterapeuter

Ordf: Vakant, kontaktperson: *Annika Daag*

E-post: annika.daag@sll.se

Adress: Kvarnvägen 8A, 194 77 Upplands Väsby

Tfn: 08-590 92 778

www.enigma.se/fbup

Riksföreningen PsykoterapiCentrum (RPC)

Ordf: *Bengt Sandström*

E-post: bengt.sandstrom@sll.se

Tfn: 08-578 397 32, 073-683 77 05

Adress: Engelbrektsgränd 35 B nb, 114 32 Stockholm

Tfn: 08-20 15 89, fax: 08-20 92 57

E-post: rpc@rpc.nu

www.rpc.nu

Svenska föreningen för familjeterapi (SFF)

Ordf: *Magnus Ringblom*

E-post: magnus.ringblom@telia.com

Adress: Mysingsvägen 10, 186 96 Vallentuna

Tfn: 08-512 357 12

www.sfft.se

Svenska föreningen för Gruppsykoterapi och Grupputveckling

Ordf: *Kirsten Artin Kronkvist*

E-post: kirstenartinkronkvis@spray.se

Adress: V. Virestad, Pl 22, 231 91 Trelleborg

Tfn: 040-611 81 06

www.gruppterapi.org

Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos (SFKH)

Ordf: *Charlotte Holmquist*

E-post: charlotte.holmquist@advivum.se

Adress kansli: SFKH Kansli, 931 85 Skellefteå

Tfn: 0910-36602

Kansli: ssceh@telia.com

www.hypnos-se.org

Svenska Föreningen för Kognitiv Psykoterapi och Forskning

Ordf: *Jörgen Herlofson*

E-post: jorgen.herlofson@telia.com

Tfn: 070-755 58 30

Adress: Per Anders Jonsson

Psykoterapienheten, NUS, 901 85 Umeå

Tfn 090-785 63 38, 070-621 20 47 Fax: 090-785 65 50

E-post: info@kpt.se

www.kognitiva.org

Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi (SFPP)

Ordf: *Ann-Sofie Schultz Viberg*

E-post: asso@bredband.net

Tfn: 018-46 48 20

Adress: c/o Schulz-Viberg, Flogstavägen 156, 752 72 Uppsala

Tfn: 018-46 48 20

E-post: parpsykoterapi@telia.com

www.parpsykoterapi.com

Svenska psykoanalytiska föreningen (Spaf)

Ordf: *Sven Lagerlöf*

E-post: sven.lagerlof@tele2.se

Adress: Västerlånggatan 60, 111 29 Stockholm

Tfn/fax: 08-10 80 95

E-post: spaf@spaf.a.se

www.spaf.a.se

Svenska psykoanalytiska sällskapet (Sps)

Ordf: *Madeleine Bachner*

E-post: madeleine.bachner@zeta.telenordia.se

Tfn: 08-650 74 00

Adress: Upplandsgatan 83, 113 44 Stockholm

Tfn: 08-33 82 58, fax: 08-33 64 18

E-post: psa.stockholm@telia.com

www.psykoanalytiskasallskapet.nu

PSYKO TERAPI 2006 MÄSSAN

www.psykoterapimassan.se

PsykoterapiMässan är en kvalitetsmessa

Utställare är legitimerade psykoterapeuter, deras organisationer, arbetsplatser och institutioner. Särskilt inbjudna är patientföreningar, vissa bokförlag, media, politiker, forskare samt myndigheter och organisationer som berör psykisk hälsa, psykoterapi och psykologiskt samtalsstöd.

Utställarna arrangerar föreläsningar, seminarier och miniföreläsningar.

Panelsamtal hålls om viktiga och aktuella frågor. Kvällsaktiviteter arrangeras, t ex filmvisning med diskussion, mässmiddag och konstnärliga möten i bild, dans och musik.

PsykoterapiMässan vänder sig till:

- 1) Politiker, sjukvårdstjänstemän och anställda inom vård, rehabilitering och folkhälsoarbete** - som både behöver och efterfrågar information för att kunna fatta välgrundade beslut.
- 2) Allmänheten, media och psykoterapisökande**
- 3) Yrkesverksamma i till psykoterapi angränsande områden** - sjukvård, socialvård, barnomsorg, försäkringskassor, lärare, personal verksamma inom näringsliv och organisationer m. fl.
- 4) Psykoterapeuter** - professionella program för att mötas, få inblick i och dialog mellan olika inriktningar men också fortbildning inom den egna inriktningen. Presentation och diskussion av forskningsresultat, metoder och utvecklingsprojekt.

PsykoterapiMässan idag

PsykoterapiMässan har med åren blivit ett forum för information, kunskaps-spridning, utvecklande samtal och informella träffar för dem som är verksamma inom och intresserade av psykoterapi och närliggande områden.

Om PsykoterapiMässorna

Den 18 - 20 maj år 2000 hölls den första **PsykoterapiMässan i Stockholm** på Södermalm med 50 utställare och 150 föreläsningar. Besökare c:a 2000.
Arrangör var Riksföreningen PsykoterapiCentrum och Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting

Den andra PsykoterapiMässan hölls den 30 maj - 1 juni år 2002 på Södermalm. Utställare c:a 100, föreläsningar c:a 300, c:a 3000 besökare
Arrangör var Riksföreningen PsykoterapiCentrum i samarbete med Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting

Den tredje PsykoterapiMässan hölls den 13 - 15 maj år 2004 på Stockholmsmässan i Älvsjö. Utställare c:a 100, c:a 270 föreläsningar av 375 medverkande, c:a 2500 besökare.
Arrangör var nybildade PsykoterapiStiftelsen – stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi

Den fjärde PsykoterapiMässan hålls den 18 - 20 maj år 2006 på Stockholmsmässan i Älvsjö. C:a 90 utställare deltar med c:a 250 föreläsningar.
Arrangör är PsykoterapiStiftelsen – stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi

**Nästa PsykoterapiMässa planeras äga rum
den 10 - 12 april 2008**

Psykioterapi Stiftelsen

– stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykioterapi –

PsykioterapiStiftelsen bildades i januari 2003 och är en politiskt och religiöst obunden ideell stiftelse.

Stiftelsen har till ändamål att främja psykisk hälsa hos barn, ungdomar, vuxna och äldre genom att psykioterapi kommer till användning för dem som kan dra nytta av den.

Enligt vetenskap och beprövad erfarenhet är psykioterapi en mycket effektiv behandling, som bör användas i större utsträckning än idag. Därför måste kunskaper om psykioterapi öka inom vård, rehabilitering, habilitering och andra områden där psykioterapi kan förbättra hälsa och livskvalitet.

För att psykioterapi ska tas i bruk i den utsträckning som dess effektivitet motiverar behöver kunskap om psykioterapi också öka hos allmänheten, politiker, administrativa chefer och handläggare, personal inom vård och omsorg, skola, företagshälsovård och övriga som kommer i kontakt med psykiskt lidande.

Psykioterapi måste också ges ökade möjligheter till utveckling genom stöd till psykioterapiforskning och psykioterapiutvecklingsprojekt, utbyte av kunskaper mellan psykioterapeuter med olika inriktningar och tvärvetenskapligt kunskapsutbyte.

Inom ramen för detta ändamål ska stiftelsen

- Hålla informationsmöten, konferenser och om möjligt vartannat år skapa ett större arrangemang i form av en psykioterapimässa
- Stödja och informera om psykioterapiforskning och psykioterapiutvecklingsprojekt
- Bidra till att informationsmaterial görs och sprids
- Samarbeta med för stiftelsens ändamål lämpliga organisationer

Stöd stiftelsens viktiga arbete för psykioterapi

- För dem som behöver få tillgång till psykioterapi
- För att öka kunskapen om psykioterapi
- För forskning och utvecklingsarbete inom psykioterapi

Pg 90 04 16 – 9

www.psykioterapistiftelsen.se

PsykioterapiStiftelsen organiserar PsykioterapiMässan

Denna skrift är utgiven i samarbete med Nätverket Psykisk Hälsa (NPH). NPH består av 11 ideella föreningar som företräder såväl yrkesverksamma inom psykisk hälsa som organisationer för anhöriga/närstående och patienter – en allians som tillkommit för att verka som påtryckare för en bättre psykisk hälsa i Sverige. För mer information kontakta Svenska föreningen för psykisk hälsa, sfph, via e-post: info@sfph.se

SAMRÅDSFORUM FÖR PSYKOTERAPI

c/o RPC | Engelbrektsgatan 35B | 114 32 Stockholm

Telefon 08-20 15 89 | Fax 08-20 92 57

E-post rpc@rpc.nu | www.rpc.nu