Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv Beteendeterapi (KBT) är en välkänd psykoterapiform som rekommenderas för en rad psykiska tillstånd. Uttrycket kognitiv beteendeterapi väcker dock ofta två frågor. Den första frågan är vad det betyder att en terapi är en kognitiv beteendeterapi? Den andra är vilken syn man inom KBT har på känslor. Är inte de lika viktiga som kognitioner och beteenden?

Namnet KBT

För att börja med namnet. KBT är en sammanslagning av namnen på två terapiformer: kognitiv terapi och beteendeterapi.

Beteendeterapi i större omfattning uppkom efter att den sydafrikanske läkaren Joseph Wolpe 1958 publicerade *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Wolpe var från början psykoanalytisk inriktad och försökte under andra världskriget hjälpa soldater med vad som kallades för ”krigsneuroser”. Det visade sig dock att soldaterna inte blev hjälpta av att få prata om sina upplevelser. Wolpe sökte därför andra vägar som behandlare och kom i kontakt med teorier om beteendeförändring. Han utvecklade då metoder som främst var inriktade på att hjälpa människor med ångestproblematik. Bland annat i form av självhävdelseträning, och att närma sig det som var ångestfyllt under avslappning. Beteendeterapin kom sedan att växa och utvecklas under 60- och 70-talen.

Ungefär samtidigt som Wolpe publicerade sin bok, alltså i slutet av 1950-talet, uppkom en form av kognitiv terapi som kallades Rational Therapy. En annan variant av kognitiv terapi kom dock att bli dominerande. Den uppstod i början av 1960-talet. Då beskrev läkaren Aaron Beck – som också han från början var psykoanalytiker – utifrån sin kliniska erfarenhet vad han kallade för kognitiv terapi vid depression, inriktad på att förändra patientens tankemönster till att bli mer nyanserat och mer realistiskt präglat (Beck, A. T., 1964, 1967). Terapin visade sig framgångsrik i forskningsstudier, och med tiden började Beck intressera sig även för ångestproblematik, och andra diagnoser (Beck, A. T. (1976).

På 1970-talet ansåg en del beteendeterapeuter att man behövde kunskap om patienternas kognitioner för att förstå deras beteende, och på 1980-talet blev det etablerat att prata om kognitiv beteendeterapi(Goldfried, M. R., 1995). Snart avsågs med KBT en grupp av terapier,

där Becks kognitiva terapi bara var en av många terapiformer. Med tiden skapades allt fler metoder som ryms under det så kallade paraply-begreppet KBT, ofta inriktade på att vara verksamma vid specifika diagnoser.

KBT och känslor

Det är lätt att tro att namnet kognitiv beteendeterapi innebär att man i sådana terapier anser att känslor inte är lika viktiga som tankar och beteenden. Det är ett missförstånd. Vad man är överens om inom KBT är att om någon upplever en besvärande känsla behöver personen förändra sitt beteende, för att även känslan ska ändras. I beteendeterapin har man formulerat den insikten som att man kan behöva utsätta sig för ett obehag som man tidigare har undvikt, så kallad exponering. Det behövs alltså en beteendeförändring, som ger upphov till en känslomässig förändring.

Beck hade en besläktad tankegång, som kallades för att genomföra beteendeexperiment. Går man till terapiforskningen visar den också att det inte räcker med att prata om sina svårigheter för att en känslomässig förändring ska åstadkommas, det krävs fler inslag (Sloan, m. fl, 2017, Webb m. fl, 2012).

Dessutom framhöll Beck att kognitioner – det vill säga sådant som tankar, minnen och bilder – var viktiga på två sätt. Dels var det nödvändigt att veta vad en patient tänkte i en besvärande situation för att förstå vad patienten kände i situationen. Dels menade Beck att man ofta behövde försvaga negativa tankar hos patienten, för att underlätta att agera på nya sätt genom beteendeexperiment, och därmed minska patientens lidande. Till exempel, om någon ska prata inför en grupp och har tanken ”Jag kommer att bli så nervös att jag skämmer ut mig” kan en alternativ tanke formuleras ”Jag kommer att känna mig nervös, men kan ändå göra bra ifrån mig”. Att ha en sådan alternativ tanke kan underlätta för att våga prata inför gruppen. Ofta går det bättre än väntat, vilket brukar öka motivationen till att försöka på nytt.

Känslomässig förändring har alltså en central roll i KBT. Men man anser att för att en sådan ska åstadkommas krävs att man också börjar agera på andra sätt än före terapin.

I modern KBT kallas en del terapiformer för affektinriktade. Det innebär bland annat att patienten får lära sig hur olika känslor fungerar, vad som kallas för psykoedukation om

känslor. Tanken med det är att patienten genom en sådan förståelse ska lära sig att hantera sina känslor bättre i framtiden.

Vad utmärker KBT?

Ska man sammanfatta vad som utmärker KBT kan följande framhållas.

Noggrann kartläggning av problemen. Ett viktigt inslag i KBT är att göra en noggrann kartläggning av patientens problem. Ett sådant inslag är hur tankar, känslor och beteende hänger ihop i en konkret situation. Ett annat brukar vara hur patienten styrs av kortsiktiga konsekvenser, på ett sätt som hindrar patienten från att nå sina mål. Men kartläggningen är mer omfattande än så.

Kartläggningen har tre syften. Ett är att förstå bakgrunden till problemen. Det är bra för både behandlaren och för patienten om man kan förstå hur det kommer sig att problemen uppstått, det minskar risken för att patienten anklagar sig själv för sina svårigheter.

Det andra syftet, som är viktigast, är att förstå det som inom KBT kallas för hur problemen vidmakthålls. Med det avses att den som söker hjälp i terapi har ett mål som man själv inte klarar av att uppnå. Det kan vara att man oroar sig på ett överdrivet sätt, inte mår bra av det, men ändå inte kan låta bli att oroa sig. Då menar man inom KBT att den hjälpsökande gör något eller tänker på ett visst vis som gör att problemen inte går över utan fortsätter – det vill säga vidmakthålls.

För att förstå vad som vidmakthåller problemet behöver behandlaren och patienten tillsammans utforska hur vidmakthållandet ser ut. Vid överdriven oro kanske det visar sig att patienten tänker att det finns bra saker med att oro sig – såsom att man är bättre förberedd om något negativt händer – och därför har svårt för att släppa sin oro. Då kan man dra slutsatsen att en del av behandlingen kommer att bestå i att ifrågasätta patientens positiva antaganden om oron.

Det tredje syftet är att genom en sådan kartläggning uppkommer det uppslag till lämpliga mål för behandlingen.

Har mål för behandlingen. I KBT har man alltså mål för behandlingen, som behandlaren och patienten utformar tillsammans. Målen används sedan för att utvärdera behandlingen. Men ibland används även skattningsskalor för att se om patientens mående förbättras. Ofta handlar de om att patienten regelbundet ska skatta sin ångest eller sin nedstämdhet, för att man tillsammans ska kunna utvärdera om behandlingen går framåt.

Inriktat på att bryta undvikanden. Något som är viktigt i KBT, är att bryta olika typer av undvikanden, för de anses vara en viktig förklaring till hur problemen vidmakthålls. Och att bryta ett undvikande kallas som nämnts för exponering.

Undvikandena kan vara av olika slag. Den som är rädd för att åka hiss undviker troligen att åka hiss. Men i modern KBT kan det som undviks även vara inre fenomen. Den som är rädd för vissa tankar försöker troligen undvika att tänka på de tankarna. Den som är rädd för att vara ledsen undviker sannolikt att känna hur sorgen känns i kroppen. I sådana fall kan exponeringen handla om att våga närma sig besvärande tankar eller hur det känns i kroppen.

Använder hemuppgifter. Att patienten ska ha uppgifter att genomföra mellan sessionerna har alltid varit ett viktigt inslag i KBT. Det beror på två saker. Genom att göra saker utanför terapin blir den mer omfattande, vilket kan gynna resultatet. Dessutom kan man göra saker i sin vardag som inte är möjligt att göra i själva terapin. Det kan handla om att registrera vad man tänker, känner och gör i en viss situation. Men hemuppgiften kan också handla om att prova att göra på andra sätt i livet. Kanske att kommunicera på andra sätt eller prova att tvätta händerna mindre även om man har ångest. Det vill säga, prova att ändra sitt beteende genom att våga mer saker, och därmed även åstadkomma en känslomässig förändring.

Färdigheter tränas. Samtalet mellan terapeuten och patienten är grunden även i KBT. Men som framgått rymmer KBT alltid fler inslag, såsom att ha hemuppgifter och våga bryta undvikanden. Men det kan också handla om att träna en färdighet i terapirummet. Då kan man träna på att vara närvarande i nuet på ett accepterande sätt, eller genom rollspel träna på ett visst kommunikationssätt. Färdigheterna ska sedan användas i patientens vardag. För det är genom att tillämpa det som patienten lärt sig i terapin i sin vardag, som den stora förändringen kan åstadkommas.

Eftersträvar förankring i forskning. I KBT vill man i största utsträckning ha förankring i forskning. Det kan gälla vad som gynnar förändring såsom kognitiv omvärdering och problemlösning (Aldao, m. fl, 2010, Naragon-Gainey, m. fl., 2017). Men det kan också gälla forskning som jämför hur bra olika terapiformer är.

Sådan forskning visar att vanligen finns det inte skillnader mellan terapiformer som är beforskade, men när de finns är de små, och till fördel för KBT (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021). Samtidigt är KBT den behandlingsform som har forskningsstöd vid flest diagnoser. Därför är sådana terapier väldigt användbara. Enligt terapiforskningen finns det inte heller någon diagnos där andra terapiformer har bättre effekt än vad KBT har (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021).

Det är svårt att räkna upp alla diagnoser där varianter av KBT visat sig ha effekt, men det rör sig om allt från specifika fobier till psykosproblematik. Det vill säga KBT har visat sig ha effekt över hela det diagnostiska fältet. KBT är även den terapiform som har störst forskningsstöd för att behandla psykiska problem hos barn och ungdomar (Öst, L.-G., 2017). Samtidigt bör man komma ihåg – och det gäller för alla terapiformer – att ingen terapi hjälper alla som har en viss problematik (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021).

Forskningen visar också att det finns stor variation mellan olika behandlare (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021). Har man provat KBT men inte anser att man blivit hjälpt kan det därför bero att just den terapeuten inte hade ett bra upplägga att förmedla, eller brast lite i sin individuella skicklighet.

Missförstånd om KBT

Det finns många missförstånd om KBT. Sex vanliga är dessa.

I KBT tar man inte hänsyn till uppväxten. Forskning visar att såväl medfödda sårbarhetsfaktorer som uppväxtvillkor kan spela roll för psykiska problem längre fram i livet (Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H., 2022). Det gör att det finns ett intresse inom KBT för hur individen kan ha påverkats av sin bakgrund. Inom KBT brukar man kalla negativa föreställningar som någon har och som går tillbaka till uppväxten för grundantaganden. Ett grundantagande kan vara ”Jag är sämre än andra”. Det kan skapa vad som kallas för

livsregler, såsom ”Om jag presterar bäst, så duger jag”. Sådana regler kan leda till beteenden som vidmakthåller ångestproblematik och depression.

Trauman från uppväxten kan behandlas i KBT, men uppväxtens påverkan behöver inte alltid handla om traumatiska händelser eller negativt bemötande från sina föräldrar. Inom KBT pratar man även om modellinlärning, vilket innebär att man tagit efter någons sätt att vara på, och ofta en förälder. Har man haft en förälder som varit överdrivet orolig för vad andra ska tycka om en, ökar risken för att man själv ska utveckla social ångest, för att ta ett exempel. Att förstå hur man kan ha påverkats av sin bakgrund är dock aldrig huvudinriktningen inom KBT. Det beror på att sådan kunskap har begränsat värde för att åstadkomma förändring. Därför ligger fokus i KBT på att åstadkomma angelägna förändringar i patientens framtid. För det är där vi kommer att leva våra liv.

KBT handlar om att ändra yttre beteende, men ofta behövs inre förändring. Det finns viss grund för den uppfattningen, genom att många hört talas om att KBT är bra vid fobier. Men det rör sig likafullt om ett missförstånd, och på två sätt.

Modern KBT har ett stort intresse för att hjälpa personer vars problem går att beskriva som inre, såsom överdriven oro, och negativt tänkande. Men förändring gällande sådana fenomen kallas med terminologin inom KBT för att förändra ett ”inre beteende”, det beskrivs alltså som en form av beteendeförändring. Det är dessutom svårt att se att en inre förändring skulle vara värdefull om den inte även leder till förändring på kroppens utsida. Den som inte känner sig nedstämd inuti kroppen längre kommer att vara gladare på kroppens utsida, och ofta leva ett mer aktivt liv. Den som fått bättre självförtroende vågar göra saker som personen inte vågade innan självförtroendet förbättrades.

KBT handlar om tekniker, då är inte terapirelationen viktig. I KBT används ofta men inte alltid en så kallad manual, vilket kan leda till slutsatsen att terapin går ut på att lära sig hur man ska hantera sina problem, och då är inte själva terapirelationen särskilt viktig. Det är ett missförstånd.

Fördelen med att använda en manual är att en sådan har stöd i forskning, vilket gör att sannolikheten ökar för att behandlingen kommer att hjälpa patienten. Men terapirelationen är alltid viktig i KBT, för utan en terapirelation som präglas av kvaliteter som empati och värme

kan inte terapin fungera. Det betonas inom KBT och det visar även forskningen om terapi (Norcross, J. C., & Lambert, M. J., 2019).

Dessutom lyfter man inom KBT fram att terapirelationen ska präglas av samarbete mellan patient och terapeut. Patienten är expert på sitt eget liv, och terapeuten är expert på psykoterapi, och tillsammans ska de utveckla en så bra behandling som möjligt.

I KBT utvecklar patienten inte självkännedom. Tvärtemot vad många tror, är det nödvändigt att patienten i KBT utvecklar självkännedom. Insikterna är av två slag, som har nämnts tidigare. Dels om bakgrunden till problemen, och dels om något än viktigare: förstå hur det kommer sig att patienten själv inte lyckats komma till rätta med dem, alltså hur problemen vidmakthålls. Sådan självkännedom är grunden för att våga göra annorlunda, det vill säga ändra sitt beteende.

Dessutom, när man vågar göra en förändring av sitt beteende – säg att man är deprimerad och aktiverar sig trots att man är tveksam till om det kan ge något av värde – kan man med den nya erfarenheten som grund åstadkomma ökad självkännedom. I fallet med den deprimerade, kanske tankar om att man klarar av att göra mer och uppskattar det mer än vad man trodde sig göra.

KBT är ytligt. När det gäller invändningen om ”ytlighet” avses ofta att man i KBT vill hjälpa patienter att få mindre symtom. Men det finns inget ytligt med det, tvärtom. Det som människor lider av är det som kallas för symtom. Vid depression är ett symtom att ha svårt att känna glädje. Att då hjälpa patienten med att återigen känna mer glädje är förstås angeläget, och något som patienten vill åstadkomma, och alls inget ytligt. Vid vad som heter emotionellt instabilt personlighetsyndrom, ofta kallat för borderline, har man ett svajigt känsloliv, och det är vanligt med aggressionsutbrott som personen sedan ångrar. Att då hjälpa patienten med att bli mer stabil och kunna hantera sin ilska mer konstruktivt är förstås inte något ytligt, utan angeläget och något som patienten önskar.

KBT passar inte för relationsproblem. Det är ett vanligt missförstånd att KBT inte passar vid relationsproblem. Redan Joseph Wolpe – som alltså redan 1958 lanserade beteendeterapi – använde sitt upplägg vid relationsproblem. Aaron Beck för sin del skrev en bok om hur hans kognitiva terapi kunde vara användbar vid äktenskapsproblem (Beck, A. T., 1990). Det finns

också moderna former av KBT med forskningsstöd som är utvecklade för att behandla just problem i relationer (Fischer, m fl., 2016). KBT vid relationsproblematik har ofta fokus på hur parets samspel ser ut, med målet att öka acceptans för varandras olikheter och förbättra parets ömsesidiga kommunikation.

Samtidens KBT

I dag är KBT ett område som innehåller många former av psykoterapi, där man kan få hjälp med så olika problem som perfektionism, trauman och tvångstankar.

Något som blivit vanligt är vad som kallas för tredje vågens KBT. Den första vågens KBT handlade om att ändra beteendet. Den andra vågen intresserade sig även för tankar. Men den tredje vågens KBT handlar om förhållningsättet till sina upplevelser. Där kommer så kallad träning i medveten närvaro in, vilket innebär att kunna ha en observerande och accepterande hållning gentemot mot vad man tänker och känner. Samtidigt innehåller KBT alltid fler inslag, framför allt i form av att bryta undvikanden av olika slag. Allt för att patienten ska fungera bättre, och få ökad livskvalitet.

Det har visat sig att sådana förbättringar kan uppstå även i terapier som sker via internet (Andersson, m. fl., 2019*).* Inom KBT försöker man se om terapi även kan göras mer tillgängligt via appar och liknande, och det forskas om hur sådan behandling står sig mot traditionell behandling. Samtidigt kommer traditionell terapi där man ses ansikte mot ansikte att ha sin givna plats inom överskådlig tid.

Referenser

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 30(2), 217-237.

Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019*). Internet delivered psychological treatments: From innovation to implementation.* World Psychiatry, 18(1), 20-28.

Barkham, M., & Lambert, M., J. (2021). *The efficay and effectiveness of psychological therapies.* I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (red.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (sjunde uppl.). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Beck, A. T. (1964). *Thinking and depression: 2. Theory and therapy*. Arch Gen Psychiatry, 10, 561-571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1990). *Bara kärlek räcker inte: Konsten att rädda ett äktenskap genom kognitiv terapi*. Stockholm. Natur & Kultur.

Fischer, M. S., Baucom, D. H., & Cohen, M. J. (2016). *Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions*. Family process, 55(3), 423-442.

Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration: An evolving view*. New York: Springer.

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). *The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination*. Psychological Bulletin, 143(4), 384-427.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019*). Psychotherapy relationships that work: Volume 1 Evidence-based therapist contributions*. New York: Oxford University Press.

Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2022). *Neuroticism: Ett nytt perspektiv på emotionella problem och deras behandling*. Stockholm. Natur & Kultur.

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). *Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review*. Clinical Psychology Review, 57, 141-163.

Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). *Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation.* Psychological Bulletin, 138(4), 775-808.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Calif.: Stanford Univ. Press.

Ett urval KBT-böcker på svenska

Antony, M. & Swinson, R. (2014). *När perfekt inte duger: Strategier för att hantera perfektionism*. Stockholm: Natur och Kultur.

Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik. Fri från panik och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi.* Stockholm: Natur & Kultur.

Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2013). *Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.

Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

Törneke, N. (2023). *Vägledning i klinisk funktionell analys*. Stockholm: Studentlitteratur.

Ramnerö, J. & Törneke, N. (2020). *Beteendets ABC – En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Öst, L.-G. (red.), (2013). *KBT inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Öst, L.-G. (red.) (2017). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Psykoterapiforskning

Alla former av psykoterapi behöver utvärderas på ett strukturerat vis för att det ska vara möjligt att uttala sig om dess effekter och förändringsprocesser. Under en lång tid har psykoterapiforskning därför efterliknat ett upplägg som ursprungligen härstammar från medicinska studier. Utgångspunkten har varit hög *transparens*, i form av att alla procedurer är noggrant redovisade, exempelvis hur rekryteringen av patienter har gått till. Likaså har betoningen legat på stor *kontroll*, det vill säga att forskarna har försökt att isolera den variabel som är av intresse att studera, till exempel att säkerställa att det är behandlingen i sig som leder till en förändring – inte andra orsaker, så som spontanförbättring.

En av de viktigaste formerna av forskning för att åstadkomma såväl hög transparens som stor kontroll är så kallade *randomiserade kontrollerade studier* (*RCT*, efter engelskans *Randomized Controlled Trial*). Detta upplägg innebär att de patienter som har rekryterats till en studie slumpmässigt delas in i olika grupper (randomiseras), där exempelvis hälften får den aktiva behandlingen och hälften får vänta på sin behandling (*väntelista*). På detta sätt kan forskare säkerställa att det inte finns någon systematik i vem som hamnar i vilken betingelse, vilket minskar antalet felkällor när resultaten ska utvärderas. Inom psykoterapiforskning har just väntelista varit den vanligaste formen av *kontrollgrupp* eftersom man dels kan anta att det efterliknar verkligheten där patienter ofta får vänta på sin behandling, dels att det är svårt att erbjuda en så kallad *placebo* (låtsasbehandling). En viktig kritik mot psykoterapiforskning har samtidigt varit att det finns långt färre studier där man jämför två behandlingar mot varandra, liksom att patienter som väntar på sin behandling både kan förbättras och försämras spontant.

Om patienterna i en betingelse, exempelvis kognitiv beteendeterapi (*KBT*), förbättras i större utsträckning än patienterna i väntelistan finns det mycket som talar för att det är behandlingen i sig som leder till en förändring. Skillnaden mellan betingelser efter studiens slut används sedan för att avgöra om den är *statistiskt säkerställd* och inte beror på slumpen eller mätfel. Ännu viktigare är emellertid att fastställa om förändringen som har skett i behandlingen är *kliniskt relevant*, vilket innebär att patientens förbättring är betydande och har gett tydliga resultat i dess vardag. Denna sistnämnda metod kan också tillämpas för att avgöra hur många patienter som är oförändrade eller försämras efter sin behandling. Väl genomförd psykoterapiforskning redovisar alltså inte bara att det finns en förändring, utan även hur många patienter som har blivit bättre, inte har förändrats och mår sämre.

Historiskt sett har KBT använt sig av RCT-studier i mycket större utsträckning än andra former av psykoterapi. Detta beror bland annat på en längre tradition av att bedriva experiment i laboratoriemiljö, att man tidigt anammade upplägget från medicinska studier och att man började manualisera sina behandlingar (beskrev steg-för-steg hur olika diagnoser skulle behandlas). Idag pågår det dock liknande studier inom andra former av psykoterapi, inte minst modern psykodynamisk psykoterapi, så som affektfokuserad terapi.

Utöver RCT-studier finns det även annan psykoterapiforskning som är viktig för att besvara vad som orsakar de effekter som har uppmätts. Det kan handla om att studera vissa variablers inverkan på en förändring (*mediatorer*), exempelvis betydelsen av den terapeutiska relationen för minskningen av symptom. Studier av detta slag kännetecknas bland annat av tillämpningen av upprepade mätningar under behandlingens gång för att avgöra när och varför en förbättring sker. På samma gång kan kvalitativa studier vara värdefulla för att undersöka patienters subjektiva upplevelser kring sin behandling och den förändring som har ägt rum, till exempel att genom intervjuer försöka förstå vad personerna själva tyckte var hjälpsamt. Sist men inte minst är det avgörande att ta reda på om en behandling som har visat sig vara effektiv under strikt kontrollerade förhållanden fungerar lika bra inom reguljär sjukvård. Denna sistnämnda del har dessvärre fått mindre utrymme i psykoterapiforskning, framför allt på grund av att det är komplicerat att införa och utvärdera behandlingar i en klinisk vardag.

För att avgöra om en behandling är effektiv kan det vara bra att börja med att läsa en *systematisk översikt* och *meta-analys* (sammanställning av många enskilda studier). Det ger en överblicksbild över forskningsläget för en viss terapiform och diagnos. I Sverige publicerar bland annat Socialstyrelsen nationella riktlinjer över vilka behandlingar som rekommenderas. På samma sätt ger Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (*SBU*) ofta ut sammanfattningar av psykoterapiforskning. Samtidigt kan det vara bra att ta del av enskilda

RCT-studier för att ta reda på lite mer om förhållandena under vilken en behandling har bedrivits och huruvida det går att överföra resultaten till sin egen situation. Även om psykoterapi har visat på goda effekter på gruppnivå är varje patient unik, vilket betyder att också individuella faktorer hos såväl patient som behandlare är betydelsefulla för hur väl samarbetet fungerar och hur det går i behandlingen.

Vetenskapliga resultat

Psykoterapi har på gruppnivå visat sig fungera för en rad olika diagnoser och problemområden. Det finns en stor mängd forskning som talar för dess positiva effekter för många patienter, där resultaten både ger märkbara förändringar i individens vardag och är varaktiga – med uppföljningar som ofta sträcker sig mellan 6-36 månader. I många fall gäller detta behandlingar som ges både individuellt och i grupp. För KBT anses forskningsunderlaget särskilt gott eftersom man länge har använt sig av RCT-studier och hunnit genomföra många utvärderingar. Det gäller framför allt lindrig till medelsvår depression; ångestsyndrom så som social ångest, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom respektive specifik fobi; posttraumatiskt stressyndrom; tvångssyndrom och ätstörningstillstånd så som bulimia nervosa. Vidare har KBT visat sig fungera väl vid relationsproblem och aggressionssvårigheter. Inom KBT finns det även varianter som tillhör samma tradition och innehåller inslag av medveten närvaro, emotionsreglering och acceptansbetonade strategier (exempelvis *Dialektisk beteendeterapi* och *Acceptance and Commitment Therapy*), vilka har visat sig ge bra resultat både i sig själva och som komplement till medicinsk behandling, till exempel för schizofreni, bipolär sjukdom, alkohol- och substansbruk och emotionellt instabil personlighetsstörning. Vidare har KBT goda effekter på besvär som har både kroppsliga och psykologiska orsaker, däribland insomni, vaginism, Irritable Bowel Syndrome (IBS), erektil dysfunktion, migrän, stressrelaterad ohälsa och långvarig smärta.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (2021) rekommenderas idag KBT vid många diagnoser (hög prioritet, 1-3, på en skala 1-10), före andra terapiformer och medicinsk behandling – se nedan. Dessa nationella riktlinjer är tänkt att fungera som underlag för beslutsfattare i exempelvis landets regioner när det kommer till beställningen av vård.

Barn och unga: lindring till medelsvår depression, generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social ångest, specifik fobi, posttraumatiskt stressyndrom och tvångssyndrom.

Vuxna: lindrig till medelsvår depression, recidiverande (återkommande) depression, paniksyndrom, social ångest, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom.

Sammantaget är det vetenskapliga underlaget för KBT starkt. Likaså rekommenderas terapiformen för flertalet diagnoser inom den reguljära sjukvården i Sverige. På senare tid har dessutom forskning pekat på stora och ibland likvärdiga effekter för det som brukar kallas internetbaserad KBT (iKBT), vilket kännetecknas av en självhjälpsbehandling där patienten får stöd av en behandlare via krypterade textmeddelanden. Det finns idag en stor mängd studier som visar att iKBT fungerar väl vid exempelvis lindrig till medelsvår depression, social ångest, paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom, insomni, IBS, hälsoångest, tvångssyndrom och dysmorfofobi – varav många av dessa diagnoser erbjuds behandling för via Region Stockholms Internetpsykiatri (www.internetpsykiatri.se).

Framtida forskning

Psykoterapiforskning har bedrivits i över hundra år och stora framsteg har gjorts under de senaste decennierna när det kommer till att fastställa att psykoterapi faktiskt fungerar. Samtidigt återstår många viktiga frågor beträffande för vem och under vilka förutsättningar behandlingen ska ges för att optimera utfallet. Idag pågår spännande forskning som försöker besvara detta och utveckla mer skräddarsydda alternativ. Det sker bland annat genom regelbunden mätning, exempelvis inför varje session, vilket genererar stora mängder data som därefter kan analyseras med hjälp av artificiell intelligens och maskininlärning. Att på detta vis återkommande stämma av patientens mående har även visat sig vara betydelsefullt för att minska risken för försämring, liksom förväntas kunna användas för att hitta rätt dos av behandlingen för att åstadkomma bästa möjliga resultat. För KBT specifikt har forskningen på senare tid även börjat titta närmare på själva behandlingsformatet. Det kan bland annat handla om att utveckla kortare och mer kompakta upplägg för vissa diagnoser, så som en fyradagars intensivbehandling utifrån KBT för tvångssyndrom som har visat sig ge lika goda resultat som en behandling som pågår en gång i veckan i minst ett halvår. Ett annat exempel består av att blanda traditionell psykoterapi, ansikte-mot-ansikte, med digitalt stöd i form av en applikation

eller videolänk. Vidare sker det en ständig evolution inom KBT där nya influenser tas in för att förbättra resultaten och nå fler patienter. Förutom ovan nämnda varianter förekommer exempelvis idag inslag av självmedkänsla, anknytningsteori och en större betoning på vad som sker i terapirummet mellan behandlare och patient. Slutligen har ett allt större intresse väckts inom KBT för så kallade transdiagnostiska (diagnosöverskridande) mekanismer, liksom problemområden som inte utgör diagnoser. Det kan röra sig om självkritik, perfektionism och prokrastinering, vilka ofta förekommer och vidmakthåller andra svårigheter och därmed blir relevanta att behandla i sig.

Referenser

Arnberg, A., & Öst, L. G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(4), 275-288.

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, *22*(1), 105-115.

Etzelmueller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., ... & Ebert, D. D. (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, *22*(8), e18100.

Hansen, B., Kvale, G., Hagen, K., Havnen, A., & Öst, L. G. (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, *48*(2), 89-105.

Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, *22*(2), 305-314.

Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., ... & Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for

depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *78*(4), 361-371.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, *55*(4), 520-537.

Mathiasen, K., Andersen, T. E., Lichtenstein, M. B., Ehlers, L. H., Riper, H., Kleiboer, A., & Roessler, K. K. (2022). The clinical effectiveness of blended cognitive behavioral therapy compared with face-to-face cognitive behavioral therapy for adult depression: randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*, *24*(9), e36577.

Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, *14*, 86-113.

Shafran, R., Coughtrey, A., & Kothari, R. (2016). New frontiers in the treatment of perfectionism. *International Journal of Cognitive Therapy*, *9*(2), 156-170.

Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smárason, O., & Skarphedinsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(3), 168-180.

Socialstyrelsen, S. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. *Stockholm: Socialstyrelsen.*

Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *61*, 1-8.