

Guidad självhjälp - behandlarstöd

Bakgrund – varför jobba med självhjälp?

Utifrån forskningsläget i dag är KBT rekommenderad behandling vid ångestproblematik, sömnbehandling och depression. Det är därmed vårt uppdrag att tillhandahålla KBT för patienter med denna typ av problematik. Vårt uppdrag är också att hålla en god tillgänglighet och att patienter som söker hjälp snabbt ska få kontakt med psykosocial kompetens.

Då forskning har visat goda resultat för självhjälpsbehandling är detta ett lämpligt första steg för patienter med ovan nämnda problematik. Vid stressrelaterade diagnoser är stödet för självhjälp (och även andra behandlingsformat) mindre omfattande, men några studier har visat på lovande resultat. Eftersom detta är en stor patientgrupp har vi valt att även erbjuda självhjälp som ett första behandlingssteg för dessa patienter.

Vad är guidad självhjälp?

Guidad självhjälp innebär att erbjuda en strukturerad behandling som huvudsakligen genomförs självständigt av patienten. Behandlingen innefattar:

- Psykologbedömning: Inringning av primärt problemområde och överenskommelse om att arbeta med detta. En bedömning från båda parter om att självhjälp kan vara ett alternativ som sannolikt kommer att kunna genomföras. Överenskommelse om när i tid det kan passa att genomföra behandlingen samt problemlösning kring eventuella svårigheter i genomförande som skulle kunna uppstå.
- Uppstartstillfälle tillsammans med psykolog. Vid uppstart har patienten införskaffat överenskommet material (självhjälpsbok). Planering av när/hur patienten skall genomföra behandlingen görs.
- Veckovisa diagnosspecifika självskattningar görs under behandlingen, för patienten och psykologen att följa, samt som hjälp för att utvärdera effekter.
- En grundstruktur är att planera in ett uppföljningssamtal i mitten av behandlingen, efter ca fyra veckor. Uppföljningssamtal bör dock planeras flexibelt utifrån patientens behov, i vissa fall kan tätare kontakt vara lämpligt. Psykologen kan svara på frågor, hjälpa till att problemlösa, förstärka det som går bra och motivera.
- Ett avslutande samtal efter genomförd behandling, ca tio veckor (en del patienter behöver ytterligare några veckor, här finns utrymme för flexibilitet). Utvärdering och vid behov ny bedömning och vårdplanering.

Erfarenheter/lärdomar

Utvärderingar och våra kliniska erfarenheter går i linje med tidigare forskning och vi har goda erfarenheter av att arbeta med guidad självhjälp. Vår kliniska upplevelse är att de allra flesta patienter som verkligen arbetat med materialet blir hjälpta i någon grad och många i hög grad.

En erfarenhet är att det inte är gynnsamt att "sälja in" behandlingen för mycket. Även om du är av den bestämda uppfattningen att den kommer att vara hjälpsam är det patienten själv som behöver bestämma sig för att genomföra den. Det kan vara bättre att lägga fram fakta, ge information och låta patienten själv få välja. För vissa patienter som tackar ja direkt utan reflektion kan det vara en fördel att problematisera. Frågor som "Är du beredd att lägga ner tiden som krävs?" kan vara hjälpsamma. Ofta kan det vara en god idé att fråga om patienten vill gå hem och fundera och återkomma vid senare tillfälle.

Vi rekommenderar generellt att ha "is i magen" vid det uppföljande samtalet i mitten av behandlingen. Många av behandlingarna innehåller mycket psykoedukation inledningsvis innan något förändringsarbete påbörjas. Det kan också ta tid innan patienterna märker effekter och det blir skillnader i skattningarna. Påminn om planen och vikten av att hålla sig till den och uppmana patienten att vara ihärdig. Var inte för snabb med att agera på patientens eventuella tankar om att behandlingen inte hjälper, att det är något annat som egentligen är problemet etc. Fokusera i första hand på att hjälpa patienten att problemlösa kring hinder som uppstått med att läsa och göra övningar. Be gärna om konkreta exempel på hur patienten har jobbat och vilka övningar som gjorts.

Böcker, specifika tips för varje bok och rekommenderade skattningsskalor

Böcker köps av patienten, exempelvis via Bokus eller Adlibris.

Stressmanualen från Gustavsbergs vårdcentral beställs via: _____

Depression

Bok: *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi: ett effektivt självhjälpsprogram.* G. Andersson m.fl.

Kliniska erfarenheter: Behandling som kan vara trög i början. Boken innehåller mycket information och psykoedukation innan man kommer igång och börjar göra beteendeförändringar. Det kan vara bra att förvarna patienten om detta och uppmuntra att stå ut. Om patienten har svårt att läsa så kan man ta upp att det är ok att skumma igenom det första kapitlet och återkomma till det längre fram om man har behov, så att detta inte blir ett för stort hinder för att komma igång. Generellt med deprimerade patienter kan det vara bra att från början ha en överenskommelse om att när man träffas försöka fokusera på beteendet och det som fungerar och att behandlaren kan komma att avbryta och styra bort från för mycket i åltande/depressiva tankar. Detta för att hjälpa patienten på ett så bra sätt som möjligt.

Alternativ bok: *Ta makten över depressionen steg för steg,* M. Addis och C. Martell.

Skattningsskala: PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Paniksyndrom

Bok: *Ingen panik: fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi.* P. Carlbring och Å. Hanell.

Kliniska erfarenheter: Tydligt upplagd bok som patienterna brukar uppskatta. Uppmuntra patienten att anpassa efter sina egna svårigheter. I boken är andningen ett centralt område som brukar uppskattas av patienterna. Som behandlare kan det vara bra att stämma av så att det inte finns risk för att börja använda lugn andning som ett säkerhetsbeteende. Diskutera detta med patienten vid behov.

Skattningsskala: PDSS-SR (Panic Disorder Severity Scale – Self Rated)



Social fobi

Bok: *Social fobi : effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi.* T. Furmark m.fl.

Kliniska erfarenheter: Uppmuntra att våga! Det kan vara bra att ta upp begreppet överinlärnning, för att motivera att även göra sådant som man egentligen inte vill/behöver. Man lär sig mest genom att utmana sig själv. Behandlaren kan också hjälpa patienten att anpassa materialet till sin egen problematik och tillsammans fundera på om det finns delar som är särskilt viktiga att lägga energi på.

Skattningsskala: LSAS-SR (Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Rated)

Tvångssyndrom

Bok: *Fri från tvång – steg för steg med kognitiv beteendeterapi.* E-L. Rosengren och M. Asplund.

Kliniska erfarenheter: -

Skattningsskala: Y-BOCS-SR (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale – Self Rated)

Hälsångest

Bok: *Tänk om jag är sjuk! Fri från hälsångest med kognitiv beteendeterapi.* E. Hedman m.fl.

Kliniska erfarenheter: -

Skattningsskala: SHAI-14 (Short Health Anxiety Inventory)

Hälsångest

Bok: *Tänk om jag är sjuk! Fri från hälsångest med kognitiv beteendeterapi.* E. Hedman m.fl.

Kliniska erfarenheter: -

Skattningsskala: SHAI-14 (Short Health Anxiety Inventory)

Generaliserat ångestsyndrom:

Bok: *Sluta älta och grubbla: lättare gjort med kognitiv beteendeterapi.* O. Wadström.

Kliniska erfarenheter: -

Skattningsskala: PSWQ (Penn State Worry Questionare)

Insomni:

Bok: *Sov gott! Råd och tekniker från KBT.* S. Jernelöv.

Kliniska erfarenheter: -

Alternativ bok: *Sömn: sov bättre med kognitiv beteendeterapi.* M. Söderström.

Skattningsskala: ISI (Insomnia Severity Index)

Anpassningsstörning/Utmattningssyndrom

Bok: *Kognitiv beteendeterapi för stress-och utmattningsproblematik*. Gustavsbergs vårdcentral.

Kliniska erfarenheter: Vid stressproblematik kan det vara extra viktigt att hjälpa till att planera för hur behandlingen ska gå till. När/hur kan patienten ta sig tid? Behöver patienten välja bort något annat? Fundera kring om det finns behov av förebyggande sjukskrivning, eller möjlighet att patienten pratar med arbetsgivare och får göra behandlingen på arbetstid. Vissa patienter med stressproblematik har orealistiska förväntningar om hur snabbt de ska förbättras, vilket kan behövas diskuteras. En del personer vill också börja med flera andra behandlingar/insatser samtidigt. Betona vikten av att fokusera på en sak i taget och uppmana till att inte söka annan vård, eller börja planera nästa steg efter behandlingen (om det inte är adekvat). Det kan ibland också vara viktigt att ta upp samhälls/genusaspekter. Påminn patienten när det är relevant att det fortfarande är så att kvinnor generellt gör mer av det obetalda arbetet i hemmet, får anstränga sig mer på arbetsplatsen och blir hårdare bedömda i många sammanhang. Klinisk uppfattning är att många stresspatienter upplever skam över att de tar på sig för mycket. "Jag är dålig på att släppa kontrollen", "jag får skylla mig själv som inte ber min partner att göra mer". Det är givetvis rimligt att ta ansvar för sina handlingar, men samtidigt viktigt att se att detta är en del av ett samhällsproblem och att det ställs högre krav på vissa områden på kvinnor. Man kan ta upp att det handlar om hur vi uppfostrats och vad som förstärkts under våra liv. Det är knappast någon slump att 82% av de som deltog i sjukskrivningsstudie på Gustavsberg var kvinnor.

Skattningsskala:

PSS (Perceived Stress Scale) vid Maladaptiv Stressreaktion.

SMBQ (Shirom-Malamed Burnout Questionnaire) vid utmattningssyndrom. För utmattningssyndrom finns även andra bra alternativ, t.ex. KEDS-9 (Karolinska Exhaustion Disorder Scale).