

Beskrivning BA-tekniker

Översättning:

Albin Isaksson, Mari Bentzer, Åsa Abramsson, Josefin Ahlqvist och Fredrik Santoft
Gustavsbergs vårdcentral

Grundläggande tekniker:

- | | |
|--|----------|
| 1. Aktivitetsregistrering | s. 2-6 |
| 2. Funktionell analys (ABC och TRAP/TRAC) | s. 7-12 |
| 3. Aktivitetsplanering (schemalägga aktiviteter) | s. 13-15 |

Centrala tekniker:

- | | |
|-------------------|----------|
| 4. Ruminering | s. 16-24 |
| 5. Problemlösning | s. 25-29 |

Ytterligare tekniker (mer info i referens nedan):

s. 30

- Funktionell ekvivalens (inklusive värderingar)
- Ångest
- Bestraffning
- Kommunikation

Referens:

Richards DA, Rhodes S, Ekers D, McMillan D, Taylor RS, Byford S, et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation (COBRA): a randomised controlled trial of behavioural activation versus cognitive-behavioural therapy for depression. Health Technol Assess 2017;21(46).

1. Aktivitetsregistrering

Aktivitetsregistrering innebär att patienten registrerar sina aktiviteter och känslor. Registreringen används sedan som grund för innehåll och riktning för i princip alla andra tekniker i BA. Aktivitetsregistrering är en av kärnteknikerna som hela behandlings-perspektivet i BA bygger på.

Aktivitetsregistrering ger en baslinjemätning som används för att följa förändring genom behandlingens gång. Registreringen blir ett verktyg för patient och behandlare att monitorera framsteg i behandlingen och identifiera specifika behandlingsmål. Registreringen innefattar detaljer om vilka aktiviteter patienten engagerat sig i och vilka känslor de upplevt. Patienten registrerar regelbundet, åtminstone dagligen, ofta timme för timme, framförallt som hemuppgift. Vissa patienter kan behöva fylla i aktivitetsregistreringen redan under sessionen, framförallt i början av behandlingen när specifika detaljer från tidigare aktivitetsregistreringar saknas.

Patient och behandlare bör alltid noga uppmärksamma vad som framkommer i aktivitetsregistreringen. Med hjälp av registreringen är det möjligt att identifiera samband mellan beteenden och känslor, det övergripande mönstret av känslor och beteenden, tappade rutiner samt undvikandemönster. Att samla denna information hjälper patient och behandlare att identifiera områden som bör förändras. Det ger möjlighet att öka positivt förstärkta aktiviteter och reducera negativt förstärka undvikandebeteenden.

Aktivitetsregistrering leder vidare till de övriga kärnteknikerna: att schemalägga aktiviteter och funktionell analys, som beskrivs här nedanför.

A) Introduktion och generell beskrivning av modulen/tekniken

Aktivitetsregistrering innebär att patienten skriver ned vad hen gör och vilka känslor hen upplever under timmar, dagar och veckor genom behandlingens gång. Registrering görs vanligtvis vid upprepade tillfällen under dagen genom att använda ett specifikt arbetsblad utformat för detta syfte.

Martell och kollegor (2001) identifierar följande åtta funktioner av aktivitetsregistrering, listan är dock inte heltäckande:

- Mäta patientens generella aktivitetsnivå
- Bistå med information om samband mellan sinnesstämning och beteende
- Få ett mått på hur patientens känslor varierar
- Bistå med information om vilka beteenden som är associerade med känslor av glädje eller av att ha åstadkommit något.
- Få ett mått på hur patientens beteenden varierar
- Ge vägledning för vilka beteenden som bör öka utifrån dess effekt på sinnesstämning
- Identifiera och monitorera undvikandebeteenden
- Utvärdera framsteg gentemot patientens mål

B) Detaljerad beskrivning av modulen/tekniken (uppdelad i tre steg)

Steg 1: Rational för aktivitetsregistrering

Aktivitetsregistrering inleds med en noggrann genomgång av rational. Här följer ett exempel:

”I den här terapin kommer vi att undersöka hur förändringar av vad du gör kan förändra hur du mår. För att veta vilka förändringar som kan vara hjälpsamma är det dock viktigt att vi vet hur olika

aktiviteter påverkar dina känslor. Jag skulle kunna fråga dig, men det kan vara svårt att komma ihåg allt vi gör under dagens alla timmar och exakt hur vi kände oss när vi gjorde det. Så att bara fråga om det skulle möjligen inte ge oss den information vi är ute efter. Jag kommer därför att uppmana dig att föra aktivitetsdagbok där du skriver ned vad du gör varje dag och hur du känner dig.”

Det kan vara hjälpsamt att göra jämförelsen mellan att bryta beteendemönster och förändra vanor. Till exempel:

”Att göra beteendeaktivering kan liknas med att bryta gamla vanor, du försöker att lära dig att göra vissa saker annorlunda för att få ett bättre resultat. Det första steget för att förändra vanor är att bli medveten om när du gör dem. Att föra aktivitetsdagbok där du skriver ned var du gör och hur du känner dig kommer att hjälpa dig med detta.”

Patienten kan uppmanas att tänka på tillfällen de har försökt att bryta gamla vanor, särskilt hur viktigt det är att vara uppmärksam på vilka negativa konsekvenser vanan medförde och vikten att vara medveten om när det vanemässiga beteendet ägde rum.

Steg 2: Introducera aktivitetsregistrering mer detaljerat

I aktivitetsregistreringen skriver patienten varje timme ned vad hen gör, sinnesstämning och intensitet av sinnesstämning. Enligt Martell och kollegor (2010, p. 70) bör patienten uppmanas att ha ett förhållningssätt som innebär att ”agera som om de vore vetenskapsmän, utforska deras liv i detalj och att noga utvärdera och skriva ned även små aspekter som de vanligtvis skulle kunna tänka är oviktiga”

Registrera aktiviteter

Behandlare bör uppmantra patienten att vara relativt detaljerad när hen skriver ned vad hen gör. Frågor som ”Vem?” ”Vad?” ”Vart?” kan underlätta processen. Istället för att skriva ”TV” kan det exempelvis vara mer hjälpsamt att skriva ”tittar på TV ensam hemma”. Behandlaren bör inkludera konceptet att ruminering är en aktivitet och uppmantra patienten att skriva ned när hen ruminerar som en del av aktivitetsregistreringen.

Registrera sinnesstämning

Patienten identifierar och sätter ord på vilka känslor de upplever när de gör respektive aktivitet och skattar dessa utifrån intensitet, till exempel utifrån en skala på 0-10. I början kan det upplevas som mer hanterbart för vissa patienter att snarare skatta hur glada respektive nedstämda de kände sig (från -10 = väldigt nedstämda till + 10 = väldigt glada) snarare än att identifiera olika typer av känslor.

Frekvens

Patienten bör fylla i aktivitetsregistrering så ofta som möjligt, helst varje timme. Om patienten finner detta överväldigande och inte möjligt att genomföra kan registrering brytas ned i mindre steg på olika sätt:

- Registrering kan fyllas i några gånger om dagen. Till exempel kan patienten vid lunchtid fylla i vad hen gjorde mellan 8-13, vid middagen fylla i aktiviteter och mående mellan 13-17 och innan läggdags 17-22.
- Patienten kan fylla i registreringen vissa specifika delar av veckan. Till exempel timme-för-timme måndag mellan kl. 9-12, tisdag kl. 12-15, onsdag kl. 17-22 etc. Dessa tidsspann bör fånga olika delar av dagen och identifiera beteendemönster.
- Patienten kan fylla i mer sällan under veckan men bestämma vissa dagar då hen fyller i timme-för-timme.

Det är viktigt att behandlare lägger emphasis på att patienten registrerar regelbundet. Detta kan påvisas genom att patienten registrerar under sessionen (se nedan). Hen kan då se skillnad i hur enkelt det är

att registrera och få med värdefull information genom att fylla i den senaste timmen till skillnad från om hen fyller i föregående dag.

När planering sker över hur ofta patienten ska registrera är det viktigt att etablera en specifik plan för hur patienten ska börja registrera. Behandlare och patient behöver komma överens om hur registrering ska gå till, hur patienten ska komma ihåg att fylla i, vilka praktiska steg hen behöver ta för att göra detta möjligt, till exempel ta en kopia på aktivitetsregistrering och lägga i väskan som hen tar med till arbetet.

Registrera under sessionen

Att fylla i aktivitetsregistrering under sessionen kan vara en mycket värdefull övning för att identifiera eventuella missförstånd eller utmaningar för att registrera. Det gör att patienten får en positiv första upplevelse av denna nya utmaning och hjälper dem att förstå exakt vad som förväntas av dem. Registrering under sessionen kan handla om att patienten fyller i dagen hittills eller de senaste dagarna.

Hemuppgift

Aktivitetsregistrering är framförallt en hemuppgift som görs mellan sessionerna. Utöver att anpassa hur ofta patienten registrerar bör behandlare fråga patienten om eventuella hinder för att registrera och hur hen kan gå tillväga för att hantera dessa hinder.

Steg 3: Gå igenom aktivitetsregistrering

Behandlaren och patienten går gemensamt igenom aktivitetsregistrering från föregående vecka. Behandlaren är intresserad av vad patienten lärt sig av registreringen. Det finns vissa specifika tekniker som kan användas när aktivitetsregistreringen följs upp. Martell et al. (2010) tar upp fem frågor som kan hjälpa terapeuten med att undersöka aktivitetsregistreringar med patienten:

1. Vilka kopplingar finns det mellan aktivitet och mående?

Från patientens aktivitetsregistreringar kan det vara möjligt att identifiera aktiviteter som är förknippade med bättre mående och aktiviteter som är förknippade med sämre mående. I vissa fall kan samma aktivitet vara associerade olika sinnesstämningar vilket visar på skillnader i kontext eller andra beteenden patienten gör vid dessa tillfällen. Särskilda övningar för att utforska kopplingen mellan aktivitet och mående kan involvera: i) att patienten ombeds vara uppmärksam på förändringar i sinnesstämning och sedan utforska vad hen gjorde innan, under, respektive efter denna förändring, ii) fråga patienten om de noterat något mönster i vad de gör och hur de känner sig, iii) fråga patienten om de lagt märke till om några beteenden saknas i deras registreringar, något de tidigare gjort som påverkat deras mående (framförallt "antidepressiva" beteenden).

2. Hur ser det generella mönstret ut vad gäller sinnesstämning och känslor under veckan?

Vissa patienter kommer att rapportera en bred variation i känslor och intensitet över veckan medan andra kommer att rapportera en begränsad emotionell variation. I det senare fallet kan behandlare närmare utforska detta tillsammans med patienten.

3. Hur ser patientens rutiner ut och har dessa rubbats på något sätt?

Vid depression är det vanligt att rutiner påverkas. På samma sätt kan depression uppstå när rutiner sätts ur spel. När dagliga rutiner rubbas kan fysiska symptom på depression uppstå (såsom trötthet och aptitförändring) samtidigt som rutiner kan hjälpa oss att må bra och trösta oss (Martell, 2010).

Aktivitetsregistrering hjälper behandlaren att utforska hur patientens rutiner ser ut vad gäller sömn-vakenhet, måltider, arbete och social kontakt. Behandlaren kan uppmana patienten att titta närmare på hur sambandet mellan rutiner och deras mående ser ut.

4. Finns det några mönster av undvikandebeteenden?

Aktivitetsregistrering kan användas för att uppmärksamma patientens undvikandebeteenden. Till exempel kan aktiviteter som förväntas finnas i registreringen vara helt frånvarande, såsom socialt umgänge utanför arbetet. I sådana fall är det viktigt att undersöka om patienten tackar nej till socialt umgänge och om de undviker dessa situationer för att hantera negativa känslor associerat med socialt umgänge. En ökning i negativa känslor kan ibland tyda på undvikandebeteenden. Behandlare kan då be patienten beskriva vad som triggade känslan, vad de gjorde som respons på den negativa känslan och vad konsekvensen av detta var. På motsvarande sätt kan frånvaro av starka negativa känslor för en person som rapporterar svårt emotionellt lidande påvisa undvikandebeteenden. Exempel på detta kan vara droger eller alkohol för att dämpa negativa känslor.

5. Vart bör behandlaren och patienten fokusera för att skapa förändring?

Att samla information inom ovan nämnda områden kommer att hjälpa patienten och behandlare att identifiera områden som bör förändras för att såväl öka positivt förstärkta beteenden som att reducera negativt förstärkta undvikandebeteenden. Detta leder vidare till andra kärntekniker såsom funktionell analys och schemaläggning av aktiviteter som beskrivs i kommande avsnitt. Att gå igenom aktivitetsregistrering påvisar ofta svårigheter som patienten kan ha haft med att fylla i dessa. Om patienten inte lyckades nå målet med att fylla i registrering bör behandlare förstärka att de i alla fall har försökt och att det finns ett värde i det. All information som går att samla in är värdefull, även information om varför det var svårt för patienten att fylla i registreringen.

Svårigheter som kan uppstå vid genomgång av aktivitetsregistrering:

- **Tidsepisoder med få detaljer om variation i stämningsläge och aktivitet.** När detta uppstår behövs det närmare utforskas med patienten. Det kan vara så att hen inte skattade timme-för-timme, i så fall kan en jämförelse göras med ett tillfälle då patienten faktiskt gjorde det. Behandlare kan uppmuntra patienten att fylla i mer regelbundet. Det går även att be patienten visualisera för att ”återskapa” vad hen gjorde där och då för att få bättre detaljer om sinnesstämning och aktivitet. Slutligen kan behandlare närmare utforska om det var så att patienten ägnade sig åt ruminering vid denna tidpunkt.
- **Svårigheter med att identifiera känslor.** Det kan vara hjälpsamt att prata med patienten om hur olika känslor kan upplevas och då inkludera positiva och mer neutrala känslor. Behandlare kan göra en lista över dessa känslor och fråga patienten hur hen skulle märka om hen känner på det viset genom att fråga hur det i så fall skulle kännas i kroppen, vad de skulle tänka eller göra etc.
- **Patienten har inte fyllt i registrering.** Ofullständiga registreringar eller helt tomma är mycket vanligt, särskilt i början av beteendeaktivering. Här följer tre vanliga anledningar till varför patienten inte fyllt i registrering:
 1. *Praktiska anledningar*, till exempel skrivsvårigheter eller svårigheter att komma ihåg att registrera. För att hantera det används problemlösning, exempelvis genom att använda alternativa metoder för att registrera (spela in som ljud eller använda dator).
 2. *Patienten upplever att nackdelar med registrering inte överväger fördelar med att göra det.* Här kan patientens tankar om aktivitetsregistrering utforskas och rational för beteendeaktivering repeteras. Patienten kan identifiera möjliga farhågor med registrering exempelvis att de skulle bli mer deprimerade av att göra detta, en rädsla för att ”inse” hur lite de gör och hur mycket värre det blivit sedan de blev deprimerade. För att kunna adressera dessa farhågor kan behandlaren hjälpa patienten att se att första steget för att hantera depression är att bli medveten om hur den påverkar patientens vardag i dagsläget och använda metafor om vanor. Sedan kan patienten uppmuntras att fylla i föregående dag under sessionen. Patienten kan även uppmanas att bryta ned registreringen i mindre steg, till exempel att registrera varannan dag och notera effekten av detta. Slutligen kan TRAP användas för att visa hur triggern ”att fylla i registrering” kan leda till att patienten känner ångest eller hopplöshet

vilket medför att hen undviker att registrera. Konsekvensen av detta kan påvisas, till exempel att problemet inte blir löst, att det leder till skuldkänslor och istället kan alternativa beteenden utforskas såsom att ta ett steg närmare mot att fylla i registreringen fullt ut.

3. *Patienten tror att hen måste känna på ett visst sätt för att kunna fylla i registreringen.* I sådana fall är det lämpligt att åter repetera rational för beteendeaktivering och att utgå från ”utifrån och in” för att förändra mående även om vi inte känner för det i stunden. Behandlare kan förstärka detta genom att be patienten att komma ihåg situationer då de gjorde någonting för att ta hand om sig själva trots att de inte kände för det och vilka positiva effekter det medförde.

Material att använda i denna modul och/eller med denna teknik

- Formulär ”Aktivitetsdagbok”

2. Funktionell analys

A) Introduktion och generell beskrivning av modulen/tekniken

Funktionell analys innebär att närmare studera en individs beteendemönster och hur det varierar. Det används för att se i vilka kontexter överskotts- och underskottsbeteenden förekommer. Informationen som framkommer via funktionell analys är vägledande för att guida behandlingsinsats som syftar till att systematiskt öka önskvärda beteenden.

Funktionell analys är en kärnteknik i beteendeterapi för att förstå varför vissa beteenden är mer förekommande och andra inte är det. En funktionell analys innehåller information om antecedent, beteende och konsekvens. Antecedent förstås ofta som "trigger". Vid depression är många miljömässiga, personliga eller sociala triggers signaler för undvikandebeteenden vilket resulterar i att individen blir mindre engagerad i omgivningen, vilket i sin tur leder till ökad depression. Behandlare använder funktionell analys i BA för att tydliggöra detta mönster och förstå hur det tar sig uttryck för den enskilde patienten.

Två akronymer används i BA för att illustrera processen i funktionell analys:

- ABC: Antecedent, Beteende, Konsekvens
- TRAP: Trigger, Respons, Undvikandebeteende (från engelskans Trigger, Response, Avoidance pattern). Med respons menas emotionell upplevelse av trigger.

Behandlare och patient använder funktionell analys för att få en detaljerad förståelse av när trigger, beteende i fokus och konsekvens är aktuella och när de inte är det genom att ställa frågor som: När? Var? Med vem? Behandlare hjälper även patienten att förstå beteendens funktion, särskilt vad gäller hur patienter responderar på triggers och hur deras respons kan vidmakthålla negativa känslor.

En annan akronym – TRAC: Triggers, Response, Alternative Coping – används för att hjälpa patienten att planera alternativa beteenden som respons på trigger. Det kan handla om att lära sig att känna igen "TRAP-situationer" och utveckla alternativa beteenden med hjälp av TRAC. Det kan öka upplevd kontroll av sin tillvaro. Denna metod i BA syftar till att utveckla en kontingensplan – en strategi för patienten att använda när triggern förekommer (eller riskerar att göra det). Med andra ord: formulera en "om X så Y-plan". Triggern kan då ses som en varningssignal och kontingensplanen som ett svar på hur patienten kan hantera dessa situationer genom att agera annorlunda.

B) Detaljerad beskrivning av modulen/tekniken

Steg 1: Gör en funktionell analys

Patientens aktivitetsregistrering används som underlag för att diskutera vilka beteendemönster som är hjälpsamma och vilka som inte är det. Detta görs för att förstå utfallet av specifika beteenden individen ägnar sig åt samt under vilka omständigheter beteendet leder till positiva respektive negativa resultat.

Trots att ABC och TRAP/TRAC är hjälpsamma verktyg är de inte i sig tillräckliga. De används snarare som strategier för att hjälpa patienten att förstå *när* beteenden resulterar i önskvärt respektive icke-önskvärt utfall.

ABC-analys – Antecedent → Beteende → Konsekvens

1. Utforska patientens aktivitetsregistrering/diskutera nyligen inträffade händelser
2. Titta exempelvis närmare efter när sinnesstämning tycks vara nedstämd och vad patienten gör/inte gör då.
3. Undersök annars närmare när sinnesstämning förbättras och vad patienten då gör
4. Se vilka antecedenter/triggers som verkar finnas
5. Diskutera konsekvens av beteenden eller brist på aktivitet

TRAP – Trigger → Respons → Avoidance Pattern

1. **Triggers** är samma sak som ”antecedent” - faktorer som föregår en specifik respons
2. **Respons** är en emotionell eller fysisk reaktion
3. **Avoidance pattern/Undvikandebeteenden** är vad personen gör

Kritiska aspekter att ha i åtanke vid funktionell analys

- *Hur ser kontexten ut?* Ta i beaktande när, var, hur och med vem beteenden förekommer eller inte förekommer. Detta kommer att ge information om antecedenter, funktion av beteenden och hur en förändring kan åstadkommas. Om oönskade beteenden exempelvis tenderar att förekomma på särskilda platser eller med särskilda personer kan dessa kontextuella faktorer undersökas som triggers. När funktionell analys har använts för att fastställa vad med situationen eller sällskapet som är problematiskt finns förutsättningar att förändra omständigheter i miljön för att reducera beteendet. Om en patient till exempel tenderar att bli uttråkad när hen sitter hemma kan en plan vara att försöka göra miljön runt patienten mer stimulerande. Om personen istället undviker i situationer då hen har bråttom och har för mycket att göra kan ett målbeteende vara att ta det lugnare och fokuserat ta sig an uppgiften.
- *Vad är beteendets funktion?* Människor gör oftast saker av en anledning. Att lyfta fram detta är ofta normaliserande för patienter att höra. Ett sätt att illustrera detta är att med hjälp av ABC eller TRAP diskutera kort- och långsiktiga konsekvenser av beteenden. Till exempel är det vanligt att undvikandebeteenden är drivna av negativ förstärkning. Ju mer vi undviker obehagliga eller oönskade aktiviteter, till exempel att prata med någon om ett jobbigt ämne, desto mer lättnad upplevs på kort sikt och sannolikheten ökar att vi undviker detta igen. Däremot är långsiktiga konsekvenser av undvikandebeteenden problematiska – problemet försvinner inte och kan hänga kvar som ett orosmoln. I funktionell analys är det viktigt att förstå såväl de kortsiktiga fördelarna med undvikandebeteenden som hur negativa konsekvenser på längre sikt.

Sök efter beteendemönster för att förstå hur en patient vanemässigt reagerar på specifika antecedenter. Att få kunskap om mönster kan hjälpa oss att förändra beteenden i specifika situationer men även generalisera till andra typer av situationer i vardagen.

- *Uppenbart och subtilt undvikande.* Undvikande kan förekomma på uppenbara och mer subtila sätt. Uppenbara exempel på undvikande kan exempelvis vara att ligga i sängen eller sjukanmäla sig från jobbet. Emellertid är undvikandebeteenden ofta mer subtila än så – till exempel genom att vara överengagerad i ett livsområde på bekostnad av ett annat (jobba över för att slippa vara hemma, umgås med andra för att slippa söka jobb). Undvikande kan även

vara mer subtilt i form av att undvika ögonkontakt eller att grubbla över svårigheter. Då undvikandebeteenden blir en vana kan det vara svårt att identifiera när det händer, särskild vad gäller subtila beteenden.

Leta lika mycket efter vad som ”inte görs” som vad patienten gör. Det kan vara hjälpsamt att kategorisera beteenden utifrån vad som är nödvändigt att göra, vad som är roligt/lustfyllt och vad som är rutiner. Hur ser balansen ut dem emellan? Om det är en tydlig obalans kan det vara en ledtråd om inom vilket livsområde patienten undviker.

Att ställa dessa frågor kommer att synliggöra triggers och konsekvenser av beteenden samt i vilka kontexter de tenderar att förekomma/inte förekomma. Därefter kan funktionen med beteenden analyseras och interventioner för att öka målbeteende konstrueras. Alla typer av beteenden kan tas i beaktning. Till exempel om en patient inte har gjort sin hemuppgift kan funktionell analys göras för att förstå varför detta hände och hur planering kan läggas upp på ett annat sätt.

Steg 2: Identifiera alternativa beteenden

När funktionell analys har gjorts kan alternativa beteenden som respons på triggers formuleras. Dessa beteenden ser olika ut från person till person. Det kan vara en ökad kontroll över miljön genom att inte agera på triggers eller genom att istället öka närmandebeteenden. Det är i den här fasen som TRAP/TRAC verkligen är hjälpsamt. Patienten kan få hjälp att känna igen TRAP-situationer och sedan skifta till TRAC genom att få frågor som ”vad är fällan här?” och ”vad skulle du kunna göra för att komma tillbaka ”on trac”?

Frågor för att identifiera alternativa beteenden:

1. ”Låt oss tänka på vilka alternativa förhållningssätt som skulle kunna finnas i den här situationen, hur absurda eller enkla de än må låta”. Patienten kan sedan uppmanas att skriva ned alla idéer hur osannolika de än kan verka. Senare kan patienten välja vilket beteende som skulle kunna fungera och välja det med störst sannolikhet till ett lyckat utfall.
2. ”Har du varit med om liknande situationer tidigare, kanske innan du var deprimerad, när du hanterat situationen på ett sätt som varit mer hjälpsamt för dig?” ”Vad gjorde du då?”
3. ”Om någon du kände hade ett liknande problem, vad skulle du rekommendera att de då gjorde?”

Interventioner baserat på funktionell analys:

1. Få syn på vilka kontextuella triggers som ökar sannolikheten för oönskade beteenden och därmed förändra dem.
2. Ersätta beteenden för att bryta problematiska beteendemönster eller leda till positiva aktiviteter i värderad riktning.

Enkla hemuppgifter i form av beteendeexperiment kan testas så tidigt som session 1 eller 2 för att påverka beteenden. Exempel kan vara att förändra en rutin, skapa ett snävare schema för arbete eller att fokusera på en sak i taget. När sådana förändringar i miljön ska konstrueras är det viktigt att fastställa vad i situationen som leder till undvikandebeteenden eller ruminering. Om till exempel att vara ensam är en trigger för sämre sinnesstämning kan det indikera en känsla av ensamhet, brist på uppmuntran från omgivningen, en känsla av att aktiviteter är meningslösa om de görs på egen hand och/eller en generell brist på struktur. Att fråga vidare om detta kan tydliggöra vad det är med att vara ensam som är svårt och vad patienten värdesätter när hen är med andra personer.

Dessa idéer kan testas ”som ett experiment” för att se vilka konsekvenserna blir av att förändra patientens miljö. Till exempel kan ett experiment vara att patienten lyssnar på radio på morgonen för

att skifta fokus från upplevelsen av att vara trött. Om att vara ensam är en trigger kan vi testa konsekvenser av att patienten har ökad social kontakt med andra. Om sorglig musik triggat ruminering kan vi testa att ersätta det med annan typ av musik. Det finns många sådana exempel som kan tydliggöras av funktionell analys. Slutligen kan undvikandebeteenden direkt adresseras genom att öka struktur över patientens dagar, aktiviteter och rutiner. Att upprätthålla rutiner leder ofta till att människor känner större emotionell trygghet. Enkla saker som att promenera regelbundet, hålla ordning eller diska kanske inte är de mest glädjefyllda aktiviteterna men kan vara en start för vidare beteendeaktivering. Det är dock viktigt att identifiera aktiviteter i värderad riktning för patienten, vad hen finner önskvärt eller användbart att ägna sig åt.

Steg 3: Utveckla en kontingensplan

När alternativa beteenden identifierats bör en plan för hur dessa ska omsättas i praktiken göras med patienten, en så kallad ”om...så-plan” eller TRAC-plan. Patienten använder denna plan som respons på triggers identifierade via funktionell analys.

Komponenten ”Om” beskriver varningssignalen och omständigheten som triggat det problematiska beteendet. Komponenterna ”Så” beskriver alternativt beteende att ta till i dessa situationer. Om en patient till exempel tenderar att undvika konflikter kan kontingensplanen vara ”OM jag noterar att jag inte håller med någon SÅ ska jag öva på att uttrycka min åsikt”. Patienter bör skriva ned dessa planer som en del av sina hemuppgifter. Eftersom undvikandebeteenden oftast är vanemässigt är det nödvändigt att vid upprepade tillfällen praktisera alternativa beteenden innan dessa i sin tur blir vanemässiga och väletablerade i patientens beteenderepertoar.

Kontingensplanen består vanligtvis av två sorters strategier:

- Strategier som syftar till att bryta undvikande- och rumineringsmönster - ofta schemalägga aktiviteter och/eller problemlösning.
- Strategier för att ersätta undvikande- och rumineringsmönster med andra beteenden – oftast i värderad riktning.

Kärnan i utvecklandet av en kontingensplan är att identifiera trigger för ohjälpsamt undvikandebeteende så tidigt som möjligt och ersätta det med målorienterade beteenden.

Välj alternativt beteende som fyller liknande funktion som originalbeteendet tänks ha. Exakt hur kontingensplanen ska se ut måste byggas på idiosynkratisk information som framkommit i funktionell analys.

Här följer en rad möjliga alternativa beteenden:

Använda miljön för att kontrollera målbeteende

- Om undvikande tenderar att ske regelbundet vid en tidpunkt på dagen kan det vara hjälpsamt att göra ett mer aktivt schema för den tiden. Om en patient exempelvis sätter sig på soffan och gör ingenting när hen kommer hem från jobbet kan schemaläggning av andra aktiviteter vid den tidpunkten bryta negativ inverkan på sinnesstämning.
- Om en patient tenderar att ligga i sängen är en viktig del i kontingensplanen att gå upp från sängen och göra någonting annat.

Alternativa beteenden

- **Bryta ned aktiviteter i mindre steg.** Om en aktivitet upplevs vara för stor för att genomföra kan det kännas överväldigande och omöjligt vilket leder till att patienten undviker eller känner hopplöshet. Det kan hjälpa att bryta ned aktiviteten i minsta möjliga steg och att personen börjar med första minsta tänkbara steg för att röra sig mot en lösning.

- **Göra tvärtemot.** Om ett oönskat målbeteende är kopplat till negativa känslor (responsen i TRAP) behöver vi sjösätta en plan som leder till alternativa känslor. Om triggern är att känna sig låg eller inte ha energi kan lösningen vara att göra någonting som resulterar i positiva känslor eller mer energi.

Patienter kan ibland fastna i att vänta på att det ska "kännas rätt" eller "vara rätt läge" för att göra någonting. Vi bör då uppmana patienten att agera i linje med målet och agera "som om" de mådde på de sättet eller vad de önskar uppnå redan inträffat. Till exempel kan patienter öva på att bete sig som om de hade bra självförtroende och mådde riktigt bra över vad de åstadkommer.

Att skifta fokus till att agera "som om" och genomföra en plan oavsett hur hen känner sig kan vara en viktig lärdom. Det kan befästa idén att känslor följer av beteende snarare än att beteende följer av känslor.

- **Minska undvikandebeteenden.** När målbeteendet handlar om att minska ett direkt undvikandebeteende (t.ex. Undvika att söka jobb eller prata med en familjemedlem om ett problem) är det särskilt hjälpsamt att utforska för- och nackdelar med beteendet och uppmuntra patienten att prova att göra vad de undviker. Beteendeeexperiment kan konstrueras där patienten provar att göra saker på ett annat sätt för att få möjlighet att dra lärdomar av detta och kunna uppnå positiva effekter. Vad gäller kort- och långsiktiga konsekvenser är det bra att repetera att undvikandebeteenden visserligen kan minska risken för negativa kortsiktiga konsekvenser men att det även minskar möjligheten för positiva utfall och erfarenheter på längre sikt. När närmandebeteenden ska väljas ut är det viktigt att utgå från funktionell analys och välja aktiviteter som sannolikt upplevs som meningsfulla, relevanta och i värderad riktning för patienten. Sannolikheten att genomföra planerade aktiviteter kan ökas genom att planera antecedenter för beteendet, till exempel att schemalägga eller att patienten berättar för andra vad de planerar att göra och att de förväntar sig stöd i detta. Om planen exempelvis är att träna i högre utsträckning kan det vara hjälpsamt att se till att väska med träningskläder lätt finns tillgängligt och att träningen planeras att ske på tillfällen när det finns hög sannolikhet att det blir av. Det kan även vara hjälpsamt att rangordna närmandebeteenden utifrån svårighetsgrad och börja med de lättaste av dessa.
- **Progressiv muskelavslappning.** Detta är användbart när patientens fysiska stressrespons och ångest tenderar att trigga undvikanden och undvikandebeteenden syftar till att reducera dessa känslor. I dessa fall kan avslappning vara ett mer funktionellt alternativ.
- **Kommunikation** När undvikandebeteendet främst handlar om interpersonella situationer och handlar om att inte ta upp saker och ting med andra kan det vara hjälpsamt att arbeta med att förbättra kommunikationsfärdigheter. (För mer detaljer läs modulen om kommunikation).
- **Repetera och rollspela under sessionen.** Vid planering av beteenden som patienten inte känner sig så säker på hur hen ska utföra och tvekar över kan det vara bra att öva tillsammans under sessionen. Detta gäller särskilt sociala situationer.
- **Problemlösning.** Undvikande kan vara ett resultat av ett misslyckat försök till problemlösning eller planering. Att istället lära patienten att systematiskt använda sig av problemlösning kan därför vara ett användbart alternativ.

Exempel TRAP → TRAC



Material att använda i denna modul och/eller med denna teknik

- Arbetsblad för funktionell analys: "ABC-analys"
- Arbetsblad "TRAP & TRAC" samt "Från TRAP till TRAC"

3. Aktivitetsplanering (schemalägga aktiviteter)

Att schemalägga aktiviteter är den tredje och slutgiltiga kärntechniken i BA. Det går ut på att ändra beteenden för att införa aktiviteter som inte är lika ”depressiva”.

Att schemalägga aktiviteter i en aktivitetsplan handlar helt om planering. Patienten uppmuntras planera aktiviteter som fyller ett syfte. Aktiviteter som väljs ut ska ha ett tydligt mål och bygga på insikter från funktionell analys. Planerade aktiviteter kan ersätta beteenden som inte längre är möjliga att genomföra utifrån patientens förändrade livssituation men som fyller liknande funktion. Planerade aktiviteter kan även vara att börja göra saker som patienten slutat med/undviker eller reducera ”depressiva beteenden”.

Att schemalägga aktiviteter sker genomgående i behandlingen. Perspektivet i BA är att inte förlita sig på att nya positivt förstärkta beteenden uppstår av en slump utan att snarare planera in dem i personens liv. Planerade beteenden har alla en tydlig rational, fungerar bäst om de är kopplade till en värdering för patienten och har ofta en experimentell karaktär. Patienten agerar som en vetenskapsman för att undersöka effekten av att reducera negativt förstärkt undvikande och öka positivt förstärkta beteenden. Förväntningen är att om vi förstår triggers och kontingenser kommer förstärkningseffekter ta över och forma beteendepertoaren i en mer positiv riktning när dessa beteenden väl planerats och utförts.

Parallellt med aktivitetsregistrering är aktivitetsplanering det verktyg som används mest i BA.

A) Detaljerad beskrivning av modulen/tekniken

Med tanke på att schemaläggning av aktiviteter genomsyrar hela BA kan aktivitetsplanen skilja sig i behandlingens olika faser. Aktiviteter ska emellertid alltid väljas med ett tydligt syfte. Det ska alltid finnas en anledning till varför specifika beteenden schemaläggs i en persons aktivitetsplan. Den mest sannolika anledningen till varför ett specifikt beteende planerats in är för att det representerar ett alternativ till antingen undvikande eller beteenden som leder till negativa konsekvenser på längre sikt. Det är hjälpsamt att tänka på utformande av aktivitetsplan utifrån sju steg:

1. **Identifiera situationer och beteenden från aktivitetsregistrering som är sammankopplade med sämre mående.** Att se samband mellan beteende och sinnesstämning är det första nödvändiga steget, särskilt hjälpsamt är det om det sker som ett regelbundet mönster. Behandlare försöker hjälpa patienten att förutsäga tider, situationer och, om möjligt, frekvent förekommande beteenden som är förknippade med nedstämdhet.
2. **Be patienten reflektera över alternativa beteenden.** Dessa behöver inte nödvändigtvis vara ”antidepressiva” beteenden utan kan även inbegripa beteenden som sannolikt leder till sämre mående. Poängen är att ta alla alternativ i beaktande i detta skede eftersom det nuvarande beteendet är förknippat med nedstämdhet. Detta kan i sig vara hjälpsamt då det påvisar att patienten har valmöjligheter, något som många deprimerade personer upplever att de saknar.
3. **Be patienten välja ett eller fler av dessa alternativa beteenden att schemalägga i sin aktivitetsplan.** Börja smått, ett steg i taget. Vid det här laget bör en eller flera situationer då patienten tenderar att må dåligt följas av en lista med alternativa beteenden. Nästa steg är alltså att hjälpa patienten att välja en eller fler aktiviteter som ni tror kan förbättra sinnesstämning i dessa situationer. I terapins tidiga skede gäller det att balansera mellan att planera in för mycket respektive för lite. Det är betydligt bättre att välja aktiviteter som patienten upplever sig ha möjlighet att utföra. Många patienter kan emellertid ta sig an för mycket och sedan få en känsla av misslyckande. När väl aktiviteten valts ut ska de

schemaläggas i en aktivitetsplan – det är absolut nödvändigt att patienten har en tydlig plan av vad de ska göra och när det ska göras.

4. **Uppmuntra patienten att ha en öppen och experimentell attityd** - att nyfiken utforska utfall av aktiviteten. Det är inte patientens uthållighet som testas utan snarare vilken effekt beteendet har på patientens sinnesstämning. Om det får hen att må bättre eller sämre. Repetera principen ”utifrån och in”. Säkerställ att patienten inte väntar på att må bättre innan de utför alternativt beteende. Huvudsyftet är att se vad som händer när de gör det. Att lägga vikt vid detta förebygger att patienten blir besviken, oavsett hur det går är det värdefull information och ett underlag för diskussion vid nästa session.
5. **Implementera.** Det är bättre om aktivitetsplanen innefattar att utföra aktiviteten vid flera tillfällen om så är möjligt, snarare än att göra flera slumpmässiga aktiviteter. Det är mycket viktigt att patienten registrerar dessa aktiviteter och sin sinnesstämning i aktivitetsregistreringen. Patienten ombeds utföra aktiviteten fullt ut och inte distrahera sig eller tänka på något annat när de gör den. Be patienten att vänta med att utvärdera effekt på mående tills de gjort aktiviteten fullt ut. Slutligen kräver alla experiment att man gör dem flera gånger. Precis på samma sätt är det med alternativa beteenden.
6. **Utvärdera aktiviteten utifrån vilken effekt den hade på sinnesstämning.** Aktivitetsplanering bör alltså inbegripa registrering av såväl beteenden som sinnesstämning. En stor fördel med aktivitetsregistrering är att vi kan använda dem för att jämföra och se framsteg. Aktivitetsregistreringar med inplanerade aktiviteter kan jämföras med gamla registreringar för att se hur sinnesstämning har förändrats. Detta är ”rådata” som används för att utvärdera huruvida alternativt beteende var framgångsrikt eller misslyckat. Data säger mycket om vilken effekt beteenden har på sinnesstämning. Fokus bör alltid ligga på vad vi kan lära oss, vad patientens skattningar säger om kopplingen mellan beteende och mående. Det handlar inte om att ”lyckas eller inte” utan är en pågående inläring.
7. **Viktigt att fortsätta med en experimentell attityd och inte förvänta sig ”snabba lösningar”.** Nya aktiviteter bör testas vid upprepade tillfällen, schemaläggas regelbundet och utvärderas utifrån resultat. Behandlare bör uppmuntra patienten att under två-tre veckor schemalägga nya aktiviteter regelbundet. Det finns inga snabba lösningar. Som behandlare behöver du hjälpa patienten att göra nya, mer hjälpsamma beteenden, regelbundet. Varje aktivitetsplan bör schemaläggas utifrån detta. Om beteenden inte varit hjälpsamma är första steget att se om patienten verkligen var närvarande i det hen gjorde. Om så var fallet – hjälp till att välja en annan aktivitet och utvärdera vad det var som inte fungerade. Ge inte upp för snabbt, ofta är det värdefullt att testa alternativa beteenden ett antal gånger. Se slutligen till att patienten registrerar sin sinnesstämning i anslutning till att de gjort det alternativa beteendet. Vid depression är det vanligen svårt att minnas exakt hur sinnesstämningen var när de gjorde aktiviteten. Vi vill ha relevanta skattningar, inte vilseledande retrospektiva uppskattningar.

Övrigt om aktivitetsplanering

Att schemalägga aktiviteter i behandlingens tidiga skede kan ta två former. Antingen har aktivitetsregistreringen tydligt påvisat att ”bas-aktiviteter” helt enkelt inte förekommer eller så vill patienten ersätta uppenbart negativa beteenden med alternativ. Det sistnämnda illustrerar hur problemlösning genomsyrar hela BA. Initialt väljs alternativa beteenden kanske inte ut från TRAP/TRAC utan det kan vara helt uppenbart att patienten behöver göra något omedelbart för att stabilisera sin situation. Det är viktigt att patienten inte väntar på att känna sig redo för att göra dessa saker utan gör dem för att må bättre över tid.

Generellt uppmuntras patienten dock att planera aktiviteter på ett sätt som fyller ett syfte. Aktiviteter väljs ut baserat på insikt från funktionell analys.

Det huvudsakliga budskapet gällande aktivitetsplanering är att det sker genomgående i hela BA. Det är inte en särskilt svår teknik att genomföra men kan utföras på fel sätt. När väl patienten blivit hemmastadd med aktivitetsregistrering används funktionell analys för att se vilka fällor (TRAP) de har hamnat i. Att välja ut alternativa beteenden för att ta sig ur fällan (TRAP) och tillbaka på banan (TRAC) är kärnan i aktivitetsplanen. Det kan låta som att det bara handlar om att planera in saker att göra men det är mycket större än så – det är vägen ut ur depression.

Material att använda i denna modul och/eller med denna teknik

Aktivitetsregistrering/Aktivitetsdagbok

4. Ruminering

Denna modul beskriver hur BA, och mer specifikt funktionell analys, används för att behandla ruminering. Ruminering är en vanligt förekommande mental process vid depression som kan angripas på samma sätt som andra beteenden (antecedent, beteende och konsekvens för att förstå funktionen med ruminering och identifiera alternativ respons). Tekniker för att reducera ruminering handlar om att bryta triggers för ruminering, hitta alternativa responser när triggers förekommer och utveckla ett mer konkret tänkande.

A) Introduktion och generell beskrivning av modulen/tekniken

Denna modul är baserad på de senaste 15 årens forskning om behandling av ruminering av Waktins (BA for rumination; concreteness training). Det bygger på material från redan existerande manualer (Watkins, 2004, 2008, 2009, 2011). För mer detaljer se: Watkins et al., 2007; Watkins, 2007, 2009; Watkins et al., 2009; Watkins et al., 2011; Watkins et al., 2012.

Ruminering är repetitivt negativt tänkande, en mental process som är vanlig vid depression. Det tenderar att handla om en själv som person, negativ sinnesstämning, problem och svårigheter.

Ruminering karakteriseras av dömande och utvärderande tankar som ofta handlar om negativa jämförelser och implikationer av saker som inträffat, till exempel ”varför jag?” ”Varför kan jag inte må bättre?”.

Från ett BA-perspektiv är ruminering en form av undvikande som blivit negativt förstärkt.

Förstärkning i ruminering kan innefatta:

- Vidskeplighet, med andra ord en falsk koppling mellan ruminering och positivt utfall. Personen upplever en nära koppling och kausalitet mellan ruminering och positivt utfall.
- Intermittent förstärkning – vid vissa tillfällen har ruminering varit hjälpsamt och därmed blivit intermitterande förstärkt. Därav är det svårt att reducera beteendet när det inte längre är hjälpsamt.
- Svårigheter att skilja mellan problemlösning och ohjälpsamt grubblande.

Ruminering som undvikandebeteenden kan se ut på flera olika sätt. T.ex. undvika svårigheter på jobbet, långtråkighet, undvika risken att misslyckas eller bli utskämd, kognitivt undvikande eller oro genom att förbereda sig mentalt, försök till problemlösning, förutspå kritik eller negativa utfall för att undvika faktisk kritik, kontrollera känslor eller göra ursäkter.

Ruminering sett utifrån ett kontextuellt-funktionellt perspektiv på depression såsom BA (Martell, Addis & Jacobson, 2001; Watkins et al., 2007) är att ruminering är mer förekommande om det har blivit inlärt som ett beteende med upplevt positivt utfall i särskilda situationer/kontexter. Denna modul beskriver hur BA, och mer specifikt funktionell analys används för att behandla ruminering (se Watkins et al., 2007, 2011). För att göra detta behöver ruminering ses som ett beteende som BA-tekniker kan användas för, precis som vilket annat beteende som helst.

Kärnaspekter i modulen för ruminering är:

- Patientcentrerad bedömning med tydlig rational för fokus på ruminering som bygger på idén att ruminering är inlärt beteende. Inlärningshistoria inkorporeras i rational.
- Öva på att bli medveten om ruminering och undvikade som tidiga varningstecken genom att använda registrering som även innefattar ruminering.
- Använda experiment för att utvärdera huruvida ruminering är hjälpsamt eller inte och testa alternativa strategier.

- Ökad aktivitet och minskat undvikande, bygga upp rutiner och öka aktiviteter när personen inte ruminerar.
- Övningar för att använda uppmärksamhet som alternativ till ruminering för att etablera alternativa tankesätt såsom problemlösning eller att vara uppmärksam och närvarande i världen snarare än i sitt eget huvud.
- Fokus på patientens värderingar för att reducera ruminering om områden som inte är värdefulla för patienten och öka aktiviteter i värderad riktning.

B) Detaljerad beskrivning av modulen/tekniken

Steg 1: Rational och förklara ruminering

Det är ofta hjälpsamt att ge patienten information om ruminering och stämma av om det matchar deras personliga upplevelser. Vi kan erkänna ruminering som en vanlig, begriplig, men ohjälpsam process. Detta förtydligar rationalen och stärker alliansen. Rationalen bygger på den fastställda funktionella-kontextuella grundsynen i BA. Inlärningshistoria och utvecklande av ruminering kan identifieras och begripliggöras med patienten. De flesta patienter upplever att identifiering av oro och ruminering är mycket hjälpsamt. Det har ofta inte diskuterats med dem tidigare.

Sammanfattning av rational

Återkommande negativt tänkande och undvikande är centrala vidmakthållande faktorer i depression. Både undvikande och ruminering är något vi alla gör och kan vara hjälpsamt i begränsad utsträckning och rätt omständigheter. Om det däremot blir för mycket eller onyanserat kan det bli ett problem för oss. Vi tenderar att fastna i det för att vi tidigare lärt oss att ruminering åtminstone fungerade på kort sikt. Med tanke på att det är något vi lärt oss kan vi istället lära oss en ny, mer hjälpsam, strategi. Terapin hjälper patienten att lära sig ett nytt och mer adaptivt sätt. Detta leder vidare till funktionell analys. Rationalen bidrar till att normalisera och begripliggöra ruminering.

Efter denna generella rational kan patientens egna upplevelser av ruminering diskuteras. Gå igenom generella effekter av ruminering och ta upp ett nyligen inträffat exempel. Behandlare kan få en inblick i hur patienten lärt sig och använt sig av ruminering och generera bevis för hur det är ohjälpsamt.

Fasen då rational ges inkluderar alltså analys av ruminering generellt samt specifikt för patienten. Syftet är att förstå när ruminering blir ett påtagligt problem, utvärdera konsekvenser av detta, identifiera ruminering som något som bör minska med hjälp av terapin och lyfta fram vad ruminering är genom att använda exempel från patientens liv. Fokus handlar om att identifiera ruminering som återkommande, repetitivt tänkande om sig själv, mående, problem eller svårigheter som patienten fastnat i utan att komma vidare. Ord som "ruminering", "grubblande" eller "ältande" kan användas. Använd gärna patientens egna ord för detta.

Ruminering förekommer både vid depression- och ångestproblematik. Därför kan behandlingsintervention för detta vara hjälpsamt vid komorbiditet.

En viktig del i rational är att identifiera ruminering som en inlärd vara, alltså en automatisk TRAP-respons triggad av särskilda omständigheter. Detta synsätt är tydligt och ofta tilltalande för patienter samt leder ofta till en diskussion om hur det kan förändras. Diskussion om förändring kan börja genom att identifiera triggers för ruminering och sedan antingen (1) ta bort triggers eller (2) lära sig nya responser på dessa genom upprepade övning. Det kan vara hjälpsamt att likna detta vid andra tillfällen patienten lärt sig nya vanor, till exempel studier, träning, kostvanor eller rökning.

Steg 2: Funktionell analys

Samma BA-principer för funktionell analys av ruminering. Information från funktionell analys används för att förstå funktionen av ruminering, t.ex. förståelse, motivering, planering, undvikande etc.

Funktionell analys används för att hjälpa patienten att:

- Känna igen varningssignaler för ruminering som triggers för vanan att ruminera
- Utveckla alternativa strategier och kontingensplaner som är inkompatibla responser för ruminering och som antingen avbryter trigger för ruminering eller ersätter detta med mer konstruktiva beteenden.
- Ändra miljö- och beteendemässiga kontingenser som vidmakthåller ruminering till aktiviteter som är mer självförverkligande/viktiga för patienten.
- Skifta till mer hjälpsamt tänkande

Detta kan innefatta att göra en TRAP/TRAC plan med fokus på just ruminering.

Antecedenter - Vanliga triggers för ruminering innefattar:

- *Stressfyllda situationer*, till exempel när det är för mycket att göra, när man blir dömd av andra, uttråkad, får kritik, påminnelser om något som inträffat.
- *Särskilda platser*, t.ex. hemma, i sängen, i skolan etc. Många rapporterar att de ruminerar på specifika platser såsom när de ligger i sängen eller tar en kaffe. Personen kan ha utvecklat en rutin för att ruminera i särskilda situationer/platser. Att identifiera denna rutin och sedan skifta fokus till något annat kan vara hjälpsamt för att bryta detta.
- *Specifika tidpunkter*. De vanligaste tidpunkterna som människor rapporterat att de ruminerar är tidigt på morgonen eller sent på kvällen när de ligger i sängen och inte kan sova. Återkommande ruminering vid dessa tidpunkter är förståeligt, personen försöker antingen att förutse hur dagen kommer att se ut eller reflektera över hur den har varit. Ruminering tenderar vidare att förekomma vid minskad fysisk aktivitet och mindre distraktion från omvärlden.
- *Fysiska/kroppsliga signaler*. T.ex. spänningar i nacke/axlar/rygg, känna sig ångestfylld, irriterad eller frustrerad. Andra varningssignaler kan vara att någon annans tonläge och volym på rösten blir mer irriterad eller frustrerad, att rodna, få ökad hjärtklappning, känna sig tung i kroppen, orolig mage.
- *Beteenden kan bli riskfaktor för ruminering*, tex. Vara inaktiv, ligga i sängen, skjuta på saker, undvika människor etc.
- *Särskilda sätt att tänka på* – tex. Att bli väldigt uppmärksam på ett problem och bli rigid, få ”tunnelseende”. Få svårt att fokusera på annat, tankarna rusar och går från ämne-till-ämne, tvivla på sig själv. Mycket av dessa sätt att tänka på kan ses som ”varför?”-tänkande.

Att identifiera dessa varningssignaler kan användas för att hjälpa patienterna att stoppa ältandet i ett tidigt skede genom att ägna sig åt alternativa aktiviteter innan ältandet tar över. För fysiska triggers kan exempelvis avslappningsövningar för att minska stress och arousal vara hjälpsamma för att förhindra att tänkande eskalerar till ältande. För yttre triggers kan ältande förhindras genom att lämna situationen eller förändra miljöfaktorer. Om en mental process såsom en avsmalnad uppmärksamhet är en varningssignal för ältande, kan en användbar metod vara att aktivt arbeta med att rikta uppmärksamheten utåt istället för inåt mot sig själv. Denna metod beskrivs av Martell och kollegor som att koppla upp sig till miljön, då patienten t.ex. noga uppmärksammar miljön under en promenad och är så medveten som möjligt om vad hen ser och hör.

Beteende: funktionen av ruminering. Vid den funktionella analysen ger vi vissa förklaringar om hur vi kan förstå ältande som en vana. Vanligtvis eftersom patientens tidigare erfarenheter har lärt dem att ältande fyllt en hjälpsam funktion till en början. Vanor tenderar att utvecklas genom upprepade tillämpningar av en handling och när vi får något positivt tillbaka av handlingen förstärks den. Det är därför betydelsefullt att hitta ett alternativt beteende som delar fördelarna men inte nackdelarna med ältande, vilket kommer att öka sannolikheten att denna mer hjälpsamma respons vidmakthålls över tid.

Konsekvens: Att utforska konsekvenser av ruminering medför ökad information om funktionen bakom detta.

Här följer en lista över vanliga funktioner av oro och ruminering som kan användas för att stämma av med patienten för att se om det stämmer överens med deras beteenden:

- För att försöka förutspå vad som kan gå fel och förebygga att dåliga saker inträffar
- För att försöka förstå eller lösa ett problem/svårighet
- För att öka motivation och inte låta saker och ting "förbli olösta"
- För att försöka bli säker över det bästa tillvägagångssättet att göra något innan man tar tag i det
- För att det känns säkrare att "göra det i huvudet" snarare än att ta en verklig risk
- För att skjuta upp att göra något
- För att straffa sig själv
- För att försöka lista ut vad andra tänker
- För att ändra känslor
- För att undvika att bli en slags person patienten inte vill bli
- För att undvika risk att misslyckas eller bli utskämd
- För att berättiga varför patienten mår som hen gör
- För att inte "släppa taget" om någonting viktigt

För en patient som exempelvis ruminerar som en respons på känslan ilska och konsekvensen av detta är reducerad ilska men vidmakthållen depression skulle det formuleras som att ruminering fyller funktionen att kontrollera ilska. Vidare utforskning av patientens historia kan sedan påvisa att hen hade en väldigt våldsam och aggressiv förälder och att hen är rädd att bli som denne och tappa kontroll över sitt humör – vilket förklarar att känslan ilska är särskilt aversiv för patienten. Således är ruminering negativt förstärkt. Det fyller funktionen att reducera känslan av ilska som patienten upplever som aversiv. Detta trots att ruminering fungerar som en trigger för depressiva känslor.

Steg 3: kontingensplan för att bryta ruminering

Samtliga strategier eller tekniker inom BA-repertoaren kan användas som alternativ respons för att bryta eller ersätta ruminering. Välj ett alternativt beteende som är konsistent med antecedenter för ruminering och som fyller förväntad funktion. Den exakta kontingensplanen behöver bygga på idiosynkratisk information från den funktionella analysen. Precis som vilken annan kontingensplan som helst påbörjas den när en specifik trigger för ruminering förekommer. Alternativ till ruminering väljs ut med hjälp av funktionell analys, som tidigare beskrivits, genom att använda TRAP och TRAC-plan (eller formulera en om...så-plan som beskrivits under avsnittet om funktionell analys).

Utöva miljömässig kontroll över ruminering:

- Om ruminering tenderar att ske då patienten kommer hem i slutet av dagen och börjar att reflektera över hur dagen har varit, kan det vara hjälpsamt att planera ett mer aktivt schema för den tidpunkten på dagen.
- Om en patient ruminerar när hen lyssnar på sorgsen musik kan en enkel miljömässig justering vara att spela annan sorts musik.
- Om en patient tenderar att ruminera när hen ligger i sängen kan att gå upp från sängen för att göra något annat bryta ruminering.

I alla dessa fall kan beteendeförändringen närmare undersökas som ett experiment för att utvärdera dess effekt på ruminering och andra symptom.

Avbryta ruminering

- *Göra saker och ting långsammare.* Detta kan användas när patienten beskriver situationer i vilka de har alldeles för mycket att göra. I dessa fall kan patienten känna sig ångestfylld, ha fysiska reaktioner såsom hjärklappning, försöka göra flera saker samtidigt, och ha tankar som skiftar från ett ämne till ett annat. Om ruminering förekommer när patienten försöker göra fler saker samtidigt kan det vara hjälpsamt att hen stället gör en sak i taget och försöker att fokusera på den aktiviteten i syfte att lugna sig själv och prioritera vad de håller på med.
- *Bli mer aktiv.* Här gäller det motsatta, när patienter är uttråkade och inte har något att göra, är inaktiva, och då ruminerar. I dessa fall kan patienten uppmuntras att planera in aktiviteter och göra någonting intressant, njutningsfullt eller nödvändigt vid dessa tidpunkter. Det kan också vara hjälpsamt om patienten går igenom sitt schema och aktiviteter över veckan för att identifiera särskilda tidpunkter då de tenderar att ha mer ”dötid” så de kan planera att vara mer aktiva vid dessa tidpunkter.
- *Bryta ned uppgifter i mindre steg.* Om en nalkande deadline eller andra aktiviteter upplevs för stora kan patienten uppleva detta som överväldigande och omöjligt att genomföra – vilket resulterar i stress och ruminering. Det kan hjälpa att bryta ned uppgiften i så små steg som möjligt och välja ut det första minsta steget att göra för att börja röra sig framåt.
- *Göra tvärtemot.* Om ruminering är sammankopplat med en särskild känsla kan det vara hjälpsamt att ha en plan som genererar en alternativ emotionell respons. Om en patient exempelvis ruminerar när hen känner sig spänd eller irritabel kan de planera att göra någonting avslappnande eller lugnande för att minska sannolikheten att ruminera. Även enkla beteenden såsom att titta ner på marken vid nedstämdhet kan förändras till att ha en upprätt hållning och istället titta upp. Ett annat alternativ kan vara att gå ut och göra någonting aktivt istället för att vara hemma. Att göra tvärtemot innebär att agera på ett sätt som inte matchar sinnesstämningen så att patienten rent konkret ändrar sitt beteende för att känna på ett annat sätt. Detta innebär inte att låtsas om att de inte känner så som de gör, känslan kan vara fullständigt begriplig och adekvat. Att agera tvärtemot betyder helt enkelt att patienten bestämmer sig för att det inte är hjälpsamt att agera på känslan de för närvarande upplever.

Andra beteendetekniker för att minska ruminering

- *Schemalägga aktiviteter och öka närmandebeteenden.* När ruminering fungerar som direkt undvikande kan det vara hjälpsamt att utforska för- och nackdelar med detta beteende och uppmuntra patienter att istället testa att göra vad de undviker. Här kan beteendeeexperiment konstrueras där patienten testat att närma sig och direkt adressera svårigheter. Även när patienter testat att göra någonting och det inte blir exakt så som de ville kan de lära sig något av detta – nämligen att många saker i livet endast kan adresseras genom att testa (trial and error). Således att lära sig hur det faktiskt kan göras snarare än genom en ruminerande analys. Det är viktigt att utforska och experimentera med patienter huruvida vissa färdigheter eller förmågor bäst utvecklas genom erfarenhet snarare än genom att analysera det. Frågor som ”kan du bli bra på att interagera med andra genom att bara tänka på det?” kan vara hjälpsamma. Ruminering förekommer oftare när individer är upptagna med aktiviteter som de känner att de måste göra (”rutiner” eller ”måsten”) men som de inte finner vara njutningsfulla. Att införa aktiviteter som individen är upprymd och entusiastisk för kan därför vara viktigt för att reducera denna typ av ruminering.
- *Progressiv muskelavslappning.* Detta är användbart när det finns en tydlig fysisk stressrespons som triggar ruminering och när patienten använder sig av detta för att kontrollera sina känslor och reducera arousal, såsom ångest eller ilska.

- *Kommunikation.* När ruminering är fokuserat på interpersonella situationer och undvikande av att prata om vissa saker med andra människor kan arbete med att förbättra assertivens och kommunikation vara hjälpsamt.
- *Repetera och rollspela under sessionen.* Ruminering inbegriper ofta att vid upprepade tillfällen tänka igenom möjliga framtida scenarier och potentiellt utfall över att testa någonting nytt. Patienter fastnar ofta i att tänka igenom implikationer av beteenden i termer av ”vad kommer att hända?”. Denna funktion av ruminering handlar om att försöka bli säker på vad som kommer att hända eller för att undvika dåliga saker från att inträffa. I dessa situationer är strategin att lära patienten att ersätta repetitivt tänkande om potentiella utfall med att konkret repetera vad patienten ska säga eller göra. Detta medför ett skifte från abstrakt till konkret tänkande – genom att patienten förbereder sig för att faktiskt genomföra aktiviteten med hjälp av rollspel och repetition under sessionen kan sannolikheten öka att patienten faktiskt genomför denna.
- *Problemlösning.* Ruminering kan vara ett misslyckat försök till problemlösning och planering. Att således lära patienten att praktisera systematisk problemlösning genom erkända och logiska steg kan därför vara ett hjälpsamt alternativ (se avsnittet om konkret tänkande och modulen om problemlösning).
- *Öka förmågan att vara närvarande i upplevelser.* En av de mest vanliga effekterna av ruminering är att det kan störa förmågan att komma i kontakt med positiv förstärkning. Till exempel, även om en patient gör en aktivitet som hen tidigare upplevde som belönande och njutningsfullt såsom att springa kan positiv förstärkning utebli om hen ruminerar under denna aktivitet. Anledningar till detta kan vara: patientens uppmärksamhet blir självfokuserad snarare än på själva aktiviteten, tankarna är abstrakta eller utvärderande och kan involvera negativa jämförelser såsom ”jag brukade vara mycket bättre på det här” eller ”det här är svårare än jag föreställde mig”. Ruminering i denna typ av situationer handlar ofta om att utvärdera hur aktiviteten upplevs vilket således kan minska den potentialen av ökad aktivitet. Att hitta sätt att bli mer absorberad och närvarande i upplevelsen är därför ett värdefullt verktyg för att bryta ruminering och optimera potentialen av att schemalägga aktiviteter i aktivitetsplanen.

Tillstånd av ”flow” tenderar att involvera ett djupt engagemang i en aktivitet med ett sammanfogande av agerande och medvetenhet. För att optimera detta engagemang bör aktiviteter vara utmanande men hanterliga och patienterna ska fokusera på uppgiften här och nu. Det är bättre om patienten fokuserar utåt mot den yttre miljön med en aktivitet som ger direkt feedback, t.ex. när en spelar ett instrument går det att höra diket om tonen är rätt spelad. Aktiviteter som har en fördröjning mellan aktiviteten och resultatet (t.ex. vänta på en respons från andra) bör undvikas. Aktiviteter där patienterna kan känna upplevd kontroll och som är belönande – värdesatta i sig själva – är särskilt hjälpsamma för att nå flow-tillstånd.

Hjälpsamma vs icke-hjälpsamma repetitiva tankar

En viktig del i en funktionell analys av ruminering är att märka att tänka mycket på ett problem kan vara hjälpsamt, t.ex. när vi problemlöser eller kommer till rätta med något upprörande eller en förlust. Det är en anledning till varför personer lär sig att ruminera – eftersom det har funnits gånger då det har lönat sig att tänka igenom problem. Vi behöver hjälpa patienten att känna igen när repetitivt tänkande är hjälpsamt och inte samt förklara skillnaden mellan ruminering och problemlösning.

Att identifiera minst två episoder där repetitivt tänkande har haft olika resultat (en gång hjälpsamt och en gång icke-hjälpsamt; en relativt kort episod och en relativt lång) hjälper patienten att se denna skillnad. Vi bör noggrant undersöka varje episod i detalj; miljön där den uppstod (yttre kontext och

inre tillstånd) och sekvenser av tankar, känslor, beteende och konsekvenser. Det görs genom att detaljerat fråga för att återskapa händelsekedjan och göra en högupplöst analys av hur den skedde. Genom att fråga om När, Var, Vem, Vad och Hur kan hjälpa patienten att beskriva de beteenden som förekom, inklusive inre beteenden såsom vad patienten säger till sig själv, hens attityd till situationen, vad hen uppmärksammar, hur hen närmar sig situationen osv. När vi har två detaljerade beskrivningar av episoderna med repetitivt tänkande, kan vi jämföra detaljerna för att identifiera skillnader mellan dem som ger ledtrådar till faktorer som avgör om tänkandet var hjälpsamt eller inte. Vi kan hjälpa patienterna att testa dessa faktorer i beteendeeexperiment och ta med dem i planeringen för framtida situationer och händelser.

Konkret vs abstrakt tänkande

Ruminering karakteriseras ofta av ett abstrakt tänkande fokuserat på mening och följder av händelser. Patienter frågar ofta ”varför hände det? Varför jag? Vad säger det om mig? Varför kan jag inte bli bättre? Varför är det här så svårt? Varför behandlar andra mig så här?”. Patienter som tänker abstrakt fokuserar på att värdera orsak, innebörd, konsekvenser och följder av beteenden och händelser snarare än det specifika i en situation. Abstrakt tänkande leder till att patienter övergeneraliserar utifrån situationen och får svårt att lösa problem eftersom tänkandet skiftar från den nuvarande situationen. När vi talar om exempel på ruminering med patienter, är det användbart att skriva ner hela listan med ”Varför”-frågor som patienten ställer sig.

Till skillnad från abstrakt tänkande kan personer också tänka på ett mer konkret sätt karakteriserat av vad, när, var och hur-frågor som ger detaljerad information om situationen. T.ex. ”Hur hände detta? Vad gjorde jag? Vad gjorde den andra personen? Hur började problemet? Hur kan jag ta mig vidare från detta?”. Att vara konkret och specifik tenderar att vara hjälpsamt, då det ger mer ledtrådar om hur ett problem ska lösas. Det finns då mer detaljer om situationen och vad som gjordes, händelser hålls i proportion och sannolikheten ökar för ett mer aktivt förhållningssätt då personer fokuserar på beteenden som kan förändras snarare än personliga egenskaper som är svårare att ändra på.

Vi använder funktionella analyser på ruminering för att ta reda på huruvida patienterna tänker på ett abstrakt eller konkret vis. Den distinktionen är ofta en viktig faktor för att avgöra om tänkande på ett problem blir icke-hjälpsamt ruminering eller hjälpsamt problemlösning. Vi kan sedan lära patienterna att öva på att ställa mer hjälpsamma ”Hur?”-frågor i respons till ältande varningssignaler.

Ett användbart beteendeeexperiment under sessionen är ”Hur vs Varför”-experimentet, där vi uppmanar patienter att tänka på en nyligen upplevd situation med ruminering. Först ber vi patienten att föreställa sig situationen så verkligt som möjligt och medan hen föreställer sig situationen, uppmanar vi hen att fråga sig själv ”varför”-frågor.

I bästa fall får vi patienten att ställa de ”varför”-frågor som identifierats i tidigare funktionella analys. Vi ber sedan patienterna att föreställa sig samma situation där vi istället får patienten att ställa sig själv ”hur”-frågor. Patienten skattar sinnesstämning, självförtroende, energinivå osv. innan och efter varje övningsomgång med en 0-10-skala för att ge patienten en egen erfarenhet av hur dessa två olika sätt att tänka påverkar vårt mående. I vanliga fall rapporterar patienter bättre sinnesstämning, självförtroende, energi och förmåga att generera lösningar i ”hur”-betingelsen jämfört med ”varför”-betingelsen. Det kan ge en tydlig demonstration av hur deras förhållningssätt till ett problem kan påverka utfallet. Detta experiment kan följas av att använda sig av ”hur”-frågor i beredskapsplaner för att bemöta triggers för ruminering. Det kan främjas genom att spela in sessioner som ljudfil och låta patienten lyssna på dem mellan sessioner för att påminna sig om övningen.

En hjälpsam teknik är att ge patienter en lathund, som en påminnelse att ställa sig själva följande frågor när de möter varningssignaler på ruminering. Dessa frågor kan också vara användbara att använda i ”Hur-Varför”-experimentet.

1. Fokusera på dina sinnesintryck och notera vad som är specifikt och särskiljande.

- Fråga dig själv: ”Vad händer? Hur? Var? När? Med vem? Hur är det annorlunda och unikt jämfört med andra händelser?

2. Lägg märke till processen där händelser och beteenden sker.

- Var medveten om händelsesekvenser, vad som kommer före och vad som följer efter varje agerande och händelse. Lägg märke till den serie av handlingar och händelser som leder fram till en händelse.
- Se upp för varningssignaler på ruminering.
- Se upp för vändpunkter. Lägg märke till tidpunkter eller steg där ett annat beslut, agerande eller omständighet kan ändra utfallet.
- Fråga dig själv ”Hur hände det här? Vilka är varningssignalerna? Vad skulle kunna förändra utfallet?

3. Fokusera på hur du kan gå vidare

- Planera. Fråga dig själv hur du kan bryta ner saker i separata, hanterliga steg som du kan ta för att komma vidare till hjälpsamt agerande.
- Agera. Ta det första steget i kedjan av ageranden (antingen mentalt eller fysiskt) som du kan göra för att hantera en svårighet och sedan följa kedjan, steg för steg, och hantera nya svårigheter då de uppstår och uppskatta dina egna framsteg när det går bra.
- Fråga ”Hur kan jag ta mig vidare? Hur kan jag bryta ner det här i mindre steg? Vilket är det första steget jag kan ta?”

Som tidigare beskrivits, är användningen av sådana alternativa beteenden bäst att öva under sessionen och upprepas under flera veckor för att möjliggöra beteenden att bli väletablerat.

En bra indikator på att en patient skiftat till ett mer konkret tankesätt är att deras beskrivning av händelser fokuserar på explicita beteenden snarare än tolkningar, dvs att terapeuten får en tydlig bild av vad som hände i situationen. Till exempel, en patient kan beskriva en händelse som att ”han förolämpade mig”. Det är fortfarande något abstrakt då det beskriver en tolkning av ett beteende, snarare än ett fysiskt beteende. Att ställa konkreta frågor (som ovan) för att hjälpa patienten att beskriva beteende i form av observerbara fysiska ageranden (”Han vände sig bort från mig när jag ställde en fråga”) kan vara hjälpsamt för att klargöra en situation. (Se Moduler för problemlösning och kommunikation för ytterligare exempel för att uppmuntra konkretisering).

Det finns vidare flera tumregler som kan hjälpa patienten att diskriminera mellan hjälpsamt och ohjälpsamt tänkande:

Första tumregeln: gå frågan att besvara?

Är fokus för ditt tänkande en fråga som de flesta personer skulle ha svårt att hitta ett definitivt svar på? Är det en sorts fråga som genererar möjliga svar som ständigt förändras eller svaret är för öppet eller vagt? Om så är fallet kan det vara så att det inte är hjälpsamt att fortsätta tänka på det. Detta gäller särskilt när det handlar om att försöka förstå andra personer, känslor eller existentiella/filosofiska frågor som till exempel ”varför jag?”.

Andra tumregeln: sluta oro dig om det inte leder någonstans efter en tid

Ha i åtanke hur länge du har oroat dig. Det är hjälpsamt att uppskatta hur lång tid du tillbringar med att gå igenom något om och om igen i ditt huvud innan du kommer fram till en lösning, får en ny idé eller

fattar ett beslut. Hur lång tid tar det vanligtvis att komma fram till ett användbart svar eller fatta ett beslut? Människor rapporterar ofta att effektivt tänkande i cirka 30 minuter genererar en lösning medan ohjälpsam ruminering kan pågå i flera timmar utan att leda till en lösning. Utöver detta rapporterar ofta människor att lösningar på problem kommer till dem när de gör någonting helt annat, slappnar av och kan tänka mer kreativt, så att problemet kan bearbetas undermedvetet.

Tredje tumregeln: ställ dig själv frågan "leder dessa tankar till ett beslut eller agerande?" om så inte är fallet är dina tankar sannolikt för abstrakta eller ohjälpsamma.

Om dina tankar om ett problem bara genererar fler tankar är ditt tänkande sannolikt för abstrakt och sannolikheten ökar att du fastnar i en negativ spiral av oroande, övergeneralisering och inaktivitet. När dina tankar om ett problem emellertid leder till att du agerar på det, oavsett om det är en plan, ett beslut eller någon form av agerande för att försöka lösa problemet, är dina tankar konkreta och mer sannolikt hjälpsamma snarare än ohjälpsamt oroande. Planen eller beslutet kan inkludera att inte göra någonting, acceptera eller släppa taget om det. Detta "konkreta tänkande" är exakt vad du ska göra när du konfronteras med svårigheter eller stressfyllda händelser – när frågan "hur?" kan vara hjälpsam och sannolikheten att du faktiskt ägnar dig åt problemlösning är högre.

Material och övningar att använda i denna modul och/eller med denna teknik

- Funktionell analys: "ABC-analys"
- Arbetsblad "TRAP & TRAC" samt "Från TRAP till TRAC"

5. Problemlösning

Trots att BA genomsyras av ett övergripande perspektiv av problemlösning kan terapeuter även använda sig av problemlösning som en separat klinisk teknik. Problemlösning är ett stegvist program som innefattar att konkret definiera problemet, översätta det till beteendetermer, identifiera potentiella lösningar, implementera åtminstone en lösning och utvärdera resultatet. Problem kan vara primära eller sekundära och undvikandebeteenden eller färdighetsbrister kan förhindra en lösning på problemet.

A) Introduktion och generell beskrivning av modulen/tekniken

Patienter med depression kan uppleva svårigheter med problemlösning av flera olika anledningar.

För det första, vilket påvisas av det kontextuella perspektiv som genomsyrar BA, kan patienter bli deprimerade som ett resultat av förändringar i deras omständigheter som de inte kan lösa på ett enkelt sätt. Dessa förändringar kan betraktas som primära problem.

För det andra kan konsekvensen av depression såsom låg energi, motivation och ökat undvikande skapa ytterligare problem i patientens liv vilket i sin tur kan leda till att patienten upplever problemen som överväldigande. Detta kan betraktas som sekundära problem.

För det tredje belyser Martell och kollegor (2010) att depression kan försämra individers problemlösningsförmåga. Det kan vara ett resultat av försämrad förmåga att planera, hantera och komma ihåg viktiga aktiviteter eller genom en ökning i övergeneralisering och abstrakt tänkande vilket medför ruminering.

Slutligen kan det vara så att vissa patienter med depression aldrig haft en möjlighet att lära sig effektiva strategier för problemlösning. Detta kan exempelvis vara på grund av att de aldrig fått observera hur detta går till, att problemlösning inte blivit positivt förstärkt tidigare i livet eller att passiva problemlösningsstrategier såsom att låta någon annan ta itu med svårigheter åt en blivit förstärkta.

Terapeutens generella synsätt inom beteendeaktivering kan beskrivas som problemlösning: terapeuten hjälper patienten att tydligt definiera svårigheter i beteendetermer, testa och utvärdera försök att lösa problemet. Således är såväl terapeut som patient engagerade i problemlösning genom funktionell analys, välja och implementera alternativa beteenden och utvärdera resultat av dessa. I BA tenderar problemlösning att vara invävt i sessionerna och inte nödvändigtvis något terapeuten ”lär” patienten att göra genom uttalade steg. Med detta sagt, för vissa patienter kan det vara adekvat att gå från att hjälpa och stötta dem att lösa sina problem till att gå igenom uttalade steg för problemlösning för att bättre ge dem verktyg att göra detta.

B) Detaljerad beskrivning av modulen/tekniken

Denna modul beskriver det generella problemlösningsperspektivet på två sätt. Initialt presenteras detta som en serie av steg i en terapeutisk konversation med patienten. Efter detta redogörs de formella sju stegen i problemlösning som kan läras ut till patienter.

1. Problemlösning som del i terapeutiskt samtal med patient

Steg 1: definiera problemet i konkreta beteendetermer

Om patienten beskriver sitt problem i abstrakta termer är det viktigt att specificera en beteendemässig beskrivning av detta. Till exempel, Clara har problemet ”jag känner mig trött hela tiden”. En specifik problembeskrivning skulle kunna vara ”när barnen kommer hem från skolan noterar jag att jag känner mig trött och överväldigad över att tillbringa tid med dem. Tre gånger den här veckan har jag hittat på en ursäkt till min partner att jag behöver tid att göra hushållssysslor istället för att tillbringa tid med barnen, trots att jag inte fått mycket gjort. Jag känner mig skyldig hela tiden och när vi åt middag tillsammans skuldbelade jag mig själv så pass mycket i tankarna att jag inte alls var delaktig i samtalet.”

Användbara frågor för att hjälpa patienten att definiera sitt problem inbegriper:

- Kan du berätta för mig om en situation när detta problem var aktuellt för dig den senaste tiden?
- Kan du berätta om en situation förra veckan när du noterat att detta problem kom i vägen för vad du behövde eller ville göra?
- Om jag hade varit med dig den senaste veckan, vad skulle jag ha sett hända när problemet var pågående för dig?
- Om vi skulle kunna vifta med en trollstav och bli av med det här problemet över en natt, vad skulle du göra annorlunda imorgon som skulle tala om för dig att problemet var borta?

Steg 2: identifiera alternativa beteenden och välja ut ett att testa

När en konkret beskrivning av problemet har åstadkommits kan potentiella sätt att adressera detta diskuteras. Frågor som kan underlätta den processen inbegriper:

- Vad skulle du kunna göra annorlunda?
- Vad har du tänkt på att testa?
- Har det funnits gånger då du haft detta problem när du lyckades hantera det på ett effektivt sätt?

Detta steg kan göras formellt genom att punkta ned eller mindre formellt som en del av samtalet i sessionen. Oavsett tillvägagångssätt är det viktigt att för- och nackdelar med respektive alternativ diskuteras. I Claras fall kan att titta på en DVD med barnen vara bra för hennes behov, men inte för barnens. En bättre plan skulle kunna vara att uppmuntra dem till mer aktiva lekar utomhus för att barnen sedan ska bli trötta.

Steg 3: planera att implementera det nya beteendet

När ett passende beteende har identifierats, hjälper vi patienten att hitta steg som hen behöver ta för att agera enligt lösningsförslaget. Planen bör vara konkret och specifik. Några lösningar kommer kräva förberedelser. För Clara, handlar det om att ställa iordning vad som behövs i trädgården inför utomhusleken. För andra kan det handla om att förklara sin planering för sin partner. Vi siktar på att schemalägga ett specifikt antal beteenden för den kommande veckan, t.ex. ”Ikväll efter att barnen lagt sig ska jag berätta för min make vad jag planerar att göra. På tisdag ska jag gå ut kl. 15 och ställa iordning i trädgården för en fotbollsmatch. När barnen kommer hem ska jag fråga dem om de vill spela fotboll i 15 minuter, sedan ska jag återgå till hushållsarbete. Jag ska stå i mål under matchen – det känns mindre uttröttande jämfört med att springa omkring.” Vid planering av implementering av lösning kan ytterligare utmaningar dyka upp. Det kan vara nödvändigt att dela upp lösningen i mindre steg, där några kan göras innan nästa session.

När en planering har gjorts, kan vi uppmuntra patienten att visualisera sig genomförande av lösningen. Genom att be patienten föreställa sig detta som en film, främjas tänkande i konkreta termer om de steg

som lösningen inbegriper. Likväl som att visualisera sig de potentiella fördelarna med lösningen kan patienten under denna process även få syn på tidigare oupptäckta hinder för implementering, som då kan adresseras. Denna teknik beskrivs i detalj i nästa steg.

Steg 4: Utvärdering

Under nästa session utvärderas den valda beteendelösningen. Patienten uppmuntras att vara specifik om vad som hände, vilka beteenden som utfördes och vilka konsekvenserna blev. När lösningar är svåra eller smärtsamma rapporterar patienter ofta känslomässiga konsekvenser ”det gav mig ångest”. Vi bör specifikt fråga dem i vilken utsträckning tillämpningen av lösningen löste problemet som åsyftades. Lärdomar från detta kan sedan användas för att bestämma nästa steg.

Problem att vara medveten om vid problemlösning med patienten

- Eftersom primära problem kan vara något som patienterna har svårigheter med och som kan ha bidragit till att depressionen började, kan dessa ofta vara mycket utmanande att rikta in sig på. Därför kan det vara mer motiverande för patienterna att börja med att lösa sekundära problem, med andra ord svårigheter som uppstått som en konsekvens av de känslor som orsakats av de primära problemen. Till exempel kan en patient ha problem i sin relation med sin partner (primärt problem). Denna situation leder till att hen känner sig ledsen och ångestfylld (sekundärt problem). Oförmögen att lösa situationen hanterar hen sitt dåliga mående med att dricka alkohol och ägnar fritiden åt att surfa på internet (undvikande coping). Ett första steg i behandlingen kan då handla om att hitta andra sätt att svara på negativ sinnesstämning som är mer adaptiva i termer av agerande i enlighet värderade mål. Efter det kan olika sätt att bemöta svårigheter i relationen utforskas.
- Det kan vara hjälpsamt att identifiera huruvida problemet förvärras av ett undvikandebeteende, färdighetsbrister, eller en kombination av båda två. Till exempel kan patienten ägna sig åt ett visst beteende eftersom det fungerar som ett sätt att undvika negativa emotioner (med andra ord, de fångas i en TRAP). I sådana situationer försöker patienten lösa problemet med att må dåligt, men hens försök att lösa de negativa känslorna är inte långsiktigt effektiva och förbättrar inte situationen som triggar de negativa känslorna. I Clara fall kan hon agera på känslor av att vara trött och överväldigad vid tanken på att umgås med sina barn genom att undvika att göra det, vilket resulterar i tillfällig lättnad, men skuldkänslor på längre sikt. Alternativt, eller som tillägg, vet hon inte hur hon ska umgås med sina barn på ett sätt som är belönande för alla inblandade och inte tar för mycket energi av henne. Med andra ord har hon inte färdigheterna i nuläget att göra det. Dessa alternativ har olika implikationer för hur problemet ska lösas. Om undvikande är en central faktor, är färdigheterna gällande TRAP/TRAC relevanta. Om patienten är hindrad från att lösa problemet p.g.a. att hen inte har de nödvändiga färdigheterna för att göra det, behöver patienten och terapeuten titta på hur dessa färdigheter kan förvärras eller tränas (t.ex. planera och genomföra ett rollspel en konversation där vissa kommunikations-färdigheter behövs).
- Olika faktorer kan göra det svårt för patienter att lösa sina problem. Att ägna sig åt undvikande syftar till att hantera svåra känslor. Denna respons är förståelig utifrån patientens inlärningshistoria. Terapeutens förhållningssätt bör vara att validera patientens naturliga vilja att undvika, men samtidigt uppmuntra hen i förändringsprocessen.

Övningar med patienten tillhörande modulen/tekniken

Visualisering av att tillämpa lösningen

När en potentiell lösning har identifierats, kan visualisering användas för att tydliggöra planen, förutse hinder och förutse positivt förstärkande aspekter av att ägna sig åt beteendet.

Patienten ombeds att blunda om hen är bekväm med det och att föreställa sig situationen där hen kommer att vara alldeles innan lösningen utförs. Terapeuten ber patienten att se situationen genom sina egna ögon (snarare än att se den i ett utifrån-perspektiv) och att berätta för terapeuten vad hen gör i presens, t.ex. ”Jag går igenom bakdörren till förrådet. Jag öppnar förrådsdörren och tittar efter fotbollen”. I början av övningen kan terapeuten be patienten att beskriva sinnesintryck såsom ljud, lukter, temperatur osv. för att sedan åter skapa situationen och känna sig som en del av den. Om patienten blir för generell om stegen som hen gör, t.ex. ”barnen kom hem och vi spelade fotboll”, kan patienten uppmanas att gå tillbaka och berätta mer detaljerat om de steg som hen tar i situationen. När övningen är färdig frågas patienten (1) i vilken utsträckning som hen kunde leva sig in i visualiseringen och (2) vad de lärde sig av att göra den och vilka förändringar som hen ska göra i lösningsplaneringen utifrån det.

2. Lära ut problemlösning som formell teknik

Utöver de mindre formella sätten att hjälpa patienter att lösa problem som beskrivits ovan, kan terapeuten lära ut problemlösning till patienter. Detta involverar flera steg:

1. *Introducera syftet med problemlösning och ge rational.* Det handlar om att förklara för patienter att depression kan vara förknippat med svårigheter att lösa problem pga anledningar som tas upp i introduktionsavsnittet. Sedan tittar terapeut och patient tillsammans på potentiella vinster med att lära sig, eller fräscha upp, färdigheter i problemlösning. Patienten introduceras till idén att det är en ordningsföljd av steg som kan följas när ett problem ska lösas.
2. *Sätta upp stegen som ska följas:*
 - 1) Identifiera problemet samt bestämma kostnaderna och vinsterna av att försöka lösa problemet jämfört med att inte göra det

”Identifiera problemet så klart och tydligt som möjligt. Varje problem kan brytas ner i mindre delar, t.ex. ekonomiska problem kan brytas ner i delar som skuld, inkomst och utgift. Fråga dig själv: Vad? När? Var? Med vem? Och Hur ofta? Detta för att hjälpa dig själv att beskriva problemet i detalj. Fråga sedan dig själv: Vad är resultatet av det här problemet?”
 - 2) Generera lösningsförslag

”Identifiera så många lösningsförslag som du kan. Förkasta inget förslag under detta steg, oavsett hur löjlig lösningen framstår. Om problemet har brutits ner i delar, så skriv lösningar för varje del.”
 - 3) Analysera styrkor och svagheter med alla lösningsförslag

”Lista alla lösningars styrkor och svagheter för att bedöma de huvudsakliga för- och nackdelarna med varje lösning. För- och nackdelar kan handla om lösningens sannolikhet att lyckas, lätthet eller svårighet att utföra, vilka resurser som behövs (t.ex. pengar), osv.”
 - 4) Välj en lösning att testa

”Välj en lösning baserat på steg 3. Kom ihåg att välja en lösning som har realistiska chanser att lyckas genomföras. T.ex. att välja en lösning som kräver pengar vi inte har kommer automatiskt att leda till ett misslyckande.”

5) Planera implementering av vald lösning

”Många lösningar kräver noggrann planering. Skriv ner steg som behöver tas för att tillämpa vald lösning och lista vad som behövs för att ta dessa steg. Stegen ska vara specifika, sammanhängande och realistiska. Använd frågeorden ”vad”, ”när”, ”var” och ”med vem” för att underlätta implementering.”

6) Implementera vald lösning

”Utför planen som planerades i steg 5. Registrera utförandet i dagboksform”

7) Utvärdera implementering och gör fortsatt planering

”Utvärdera regelbundet hur väl din valda lösning löser det ursprungliga problemet. Fördelen med problemlösning är att alternativa lösningar alltid finns tillgängliga. Om lösningen har fungerat, fortsätt med den. Om inte, gå tillbaka och välj en annan.”

3. Öva steg för problemlösning under sessionen

4. *Hjälp patienten att generalisera problemlösningsfärdigheter till olika svårigheter utanför terapirummet*

Tekniken liknar den mindre formella som beskrivits tidigare, men följande punkter kan vara annorlunda:

- För- och nackdelar med att försöka lösa problemet i jämförelse med att inte göra någonting kan utforskas
- Lösningar kan genereras genom ”brainstorming” då patienten ombeds generera så många möjliga lösningar hen kan utan att censurera.

Hjälpsamma frågor innefattar:

- Vad har du funderat på att göra men valt att inte göra?
 - Vad har andra personer föreslagit att du kan göra?
 - Vad skulle du föreslå att en vän som var i din situation skulle göra?
 - Vad har du tidigare provat att göra?
- När lösningar sedan ska utvärderas kan detta göras genom att rangordna dessa, exempelvis genom att patienten skattar varje lösning utifrån hur möjliga de är att genomföra samt hur hjälpsamma de skulle vara på en femgradig skala.
- När patienten har börjat använda sig av problemlösning kan behandlaren hjälpa patienten att konsolidera och generalisera denna färdighet genom att:
 - Göra kort eller andra typer av påminnelser som påminner om stegen i problemlösning
 - Involvera patientens nätverk för stöd i problemlösning, till exempel genom att bjuda in dem till en session med syftet att tillsammans gå igenom steg för problemlösning
 - Ge mer och mer ansvar till patienten för att 1.) identifiera situationer när problemlösning behövs 2.) initiera processen 3.) Genomföra stegen för problemlösning

Material att använda i denna modul och/eller med denna teknik

- Arbetsblad ”Problemlösning”

Ytterligare tekniker *(utförlig info i referens)*

Funktionell ekvivalens

Ett funktionellt ekvivalent beteende är ett sådant som fyller samma funktion som originalbeteendet. Behandlaren hjälper patienten att identifiera och ersätta funktionellt ekvivalenta beteenden genom hela BA-processen. Detta görs särskilt när patienten är engagerad i ett beteende som på vissa sätt fungerar för dem men även medför tydliga negativa konsekvenser och när patienten skulle vilja göra fler positivt förstärkta beteenden men inte har möjlighet att göra beteenden hen tidigare brukade göra. Denna modul ger en mer detaljerad beskrivning av tekniken, hur patienten kan välja alternativa beteenden, förankrade i deras värderingar, som känns lockande att genomföra – särskilt i situationer när det inte längre finns möjlighet att göra beteenden de tidigare ägnat sig åt.

Ångest

De flesta patienter med depression upplever även signifikanta symptom på ångest. När patienter engagerar sig i sin omvärld är ångest sannolikt ett problem som kommer att behöva uppmärksammas för eller senare. Trots att målet med BA är att behandla depression kan samma funktionella analysperspektiv hjälpa även för ångest. Behandlare åstadkommer detta genom att göra TRAP och TRAC analyser. Information om ångest samlas in och TRAP används för att åskådliggöra vidmakthållandefaktorer samt kort- och långsiktiga konsekvenser av undvikandebeteenden. Härifrån använder behandlare och patient TRAC för att utforska alternativa beteenden som kommer att hjälpa patienten att bli mer aktiv. I sin tur medför detta positiv förstärkning och uppmuntrar framtida beteenden ”utifrån och in” för att överkomma ångest.

Bestraffning

BA inbegriper vanligtvis att återintroducera beteenden som brukade vara positivt förstärkta när patienten inte var deprimerad eller att hitta alternativa beteenden som skulle kunna fylla samma funktion. En svårighet som uppstår i behandling är då en person försöker att göra ett beteende som tidigare var enkelt/glädjefyllt att göra men nu upplevs väldigt svårt eller otillfredsställande. När dessa situationer uppstår kan de förstås som att beteendet var förstärkt när det förekom i en kontext men upplevs som bestraffande i nuvarande kontext. Precis som vilket beteende som helst som upplevs bestraffande kommer detta beteende att minska i frekvens. Denna modul ger vägledning i hur dessa typer av situationer kan hanteras.

Kommunikation

Interpersonella svårigheter, särskilt vad gäller kommunikation, präglar problem som uppstår i beteendeaktivering. Ibland är detta något som kan adresseras i TRAP/TRAC, i andra situationer kan kommunikationssvårigheter vara en barriär för att åstadkomma TRAC-beteenden. Denna modul fokuserar på att hitta kommunikationsstrategier som fungerar för patienten i deras kontexter snarare än att lära ut generella interpersonella beteenden såsom assertivness. TRAC som fokuserar på kommunikation utformas av patienten – behandlaren hjälper patienten att generera deras egna kommunikationsstrategier och lösningar.