

Hur kan man integrera KBT och PDT?, rum 1.

Utbildningarna i Sverige verkar se mycket olika ut, med olika integration mellan PDT och KBT på utbildningsnivå. I Lund lär man sig båda, i Uppsala får man välja.

Det finns tydligen mycket forskning som tyder på att mer integrativa modeller fungerar ganska bra.

Vad ska man välja, om man nu behärskar mer olika terapiformer? Ska man hänvisa till vad patienten vill? Eller till vad terapeuten känner, eller till detta fantastiska uttryck "kostnadseffektivitet"? Det verkar som om det i det terapeutiska arbetet blandas rätt friskt i praktiken, och att det även finns kliniker där både PDT och KBT används (t ex vid anorexivård).

Patienter, som sagt, bör också få ha sitt att säga. Vad som motiverar patienten är väldigt viktiga. Vad förväntar sig p? Vad vill dom ha ut av terapin?

Sen ska man måne undvika stereotyp tänkande om vad KBT och PDT är bra för, och definiera det ena som fobiterapi, och det andra som djuplodande. Ska man kanske fokusera på likheter => En bok av Graw, "Psychological Therapy" rekommenderas, trots att den är ganska bölig.

Beror vilken terapi på personlighet? Finns det olika personlighetstyper? Eller är terapierna inte så olika? ISTDP = Intensive Short Term Dynamic Therapy, en högintensiv PDT som ska ge snabba resultat. Det lär också finnas statistisk på studenter som väljer PDT och KBT och deras personligheter (mindre skillnad än man kan tro, men en signifikant skillnad after all).

En hel del av utbildningarna har tydligen en inofficiell prägel på sig, trots allt.. Uppsala har en väldigt genomgående KBT prägel, tillsammans med Östersund, medan Göteborg har PDT-prägel.

Men det här med integration då? Det blir så lätt ett ställningskrig. Men det kan ju va svårt att integrera en sak man inte kan någonting om med något man kan väldigt bra. Men kanske införa mer strategier inom PDT? Men en kurs i programmet om integration kanske? En kurs i skillnaderna och likheterna mellan PDT och KBT? En handledare som kan förklara hur en integration kan tänkas gå till? Saknas kompetensen för en sådan integration, för i Sthlm verkar det inte gå alls? En föreläsare i integration kan tänkas vara Bengt Eriksson vid Örebro Uni!

Alla i gruppen är för en integration!! Polarisera mindre!

Problemet är också att det finns ett arbetsmarknadsproblem.. KBT är kanske mer attraktivt ur ett sådant perspektiv. Men trots allt är de ett väldigt begränsat antal poäng som det handlar om. Vår utbildning är bredare än så.

1315



THE WORLD'S LARGEST
HOTEL CHAIN

Hur/om kombinera behandlingsformerna PDT & KBT

BEST WESTERN
arken
HOTEL & ART GARDEN SPA

- Det finns diagnoser som inte lämpar sig att behandlas med pdt (tex borderline).
- Är de kbt-utbildningar som finns tillräckligt omfattande eller blir det snabbkurser?
- Konkurrensen från kbt verkar leda till att det forskas mer om pdt. En vision är att det 2020 kommer finnas en massa olika behandlingsformer med rötter i antingen kbt eller pdt, men att det inte är lika polariserat. Kanske kommer man, istället för att välja sida, välja behandlingsform efter vilket behov/problem patienten har.
- Den moderna psykodynamiken är redan influerad av kognitiva och beteendeteoretiska tankegångar! Det går att kombinera!
- Patienter känner sig ibland överkörda av kbt. Att prata om relationer är viktigt för alla (såvida man inte har en helt avgränsad problematik tex fobi).
- Man måste vara lyhörd som terapeut. Ett recept funkar inte för alla.
- Varför utgår man alltid ifrån att pdt och kbt är motpoler?
- Om de ska gå att kombinera måste vi ha en gemensam teoretisk grund - fast går det? Svårt att forska på psykologi. Det blir lätt så att man klamrar sig fast vid teorier fast de inte har någon som helst evidens. I brist på evidens får man ta en pragmatisk hållning.
- Lätt att falla tillbaka på att endast utöva kbt eftersom det är evidensbaserat och kostnadseffektivt.

