

Unified Protocol

Jon Vøllestad , Berge Osnes og Elisabeth Schanche

Ingen interessekonflikter oppgitt

Unified Protocol

Jon Vøllestad et al. presenterer Unified Protocol, der målet er å fremme ferdigheter i emosjonsregulering.

Teori og menneskesyn

Psykisk lidelse handler ofte om følelser. Menneskelige reaksjoner som i utgangspunktet er normale og nyttige, oppleves som ukontrollerbare og uakseptable. Dette fører til ulike former for unngåelse som blir til hinder i livet og hverdagen. Unified Protocol (UP) er en transdiagnostisk behandling der målet er å hjelpe personer å forstå og forholde seg mer hensiktsmessig til følelsene sine. UP er utviklet av David Barlow og kollegaer og bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi (KAT), moderne emosjonsteorier og «tredjebølge»-strategier som aksept, ikke-dømmende oppmerksomhet og kognitiv fleksibilitet (Barlow et al., 2004; Kennedy & Barlow, 2018).

UP retter seg mot underliggende emosjonsreguleringsvansker som er felles for ulike lidelser. Dette er en annen tilnærming enn den som har preget diagnostikk og behandling av psykiske lidelser de siste tiårene. Diagnosesystemene deler psykiske lidelser inn i distinkte kategorier, og det har blitt utviklet mange virksomme behandlinger for spesifikke lidelser. En utfordring med en slik tilnærming er at mennesker som søker behandling, svært ofte fyller kriteriene for flere psykiske lidelser samtidig (Brown et al., 2001; Kessler et al., 2005; Saha et al., 2021). Dermed kan det bli vanskelig å avgjøre hvilken manual en skal velge. Videre er det urealistisk for klinikere å lære seg en manual for enhver spesifikk lidelse som de møter i sin praksis (Dalglish et al., 2020). På systemnivå er det ressurskrevende og komplisert å implementere mange ulike behandlingstilnærminger rettet mot enkeltdiagnoser. Det er også økende anerkjennelse for at det finnes brede dimensjoner i personligheten som ligger til grunn for ulike kategoriske diagnoser (Kotov et al., 2021; Lahey et al., 2021). Dette kan bidra til en transdiagnostisk tilnærming der en retter behandlingen mot det som er felles på tvers av lidelser (Hagen et al., 2012; Mansell et al., 2008).

De transdiagnostiske faktorene som adresseres i UP, er forhold som forårsaker og opprettholder en rekke emosjonelle lidelser. En grunntanke her er at det ikke er følelsene i seg selv som utgjør lidelsen, men hvordan personen forholder seg til og handler på dem. Målet er å gi pasienten kjerneferdigheter som gjør at de kan forholde seg til egne følelser på måter som er til hjelp (Barlow et al., 2018a, 2018b). Menneskesynet som ligger til grunn i UP er optimistisk, med tiltro til at

personen gjennom å ta aktivt del i et terapeutisk samarbeid kan få økt frihet til å leve i tråd med egne mål og verdier. Tilnærmingen kan tilbys både som individuell psykoterapi og i gruppeformat. I denne teksten vil vi beskrive tilnærmingen ut ifra en individuell behandling av Nadine.

Utløsere og opprettholdere

En grunnleggende antakelse i UP er at følelser er medfødte og i utgangspunktet adaptive responssystemer som gir informasjon, motiverer for handling og kommuniserer til andre. Men på grunn av en kombinasjon av medfødt sårbarhet og læringserfaringer utvikler noen et forhold til egne følelser som skaper vansker i livet. UP beskriver tre mekanismer som ses som årsak til at emosjonelle lidelser oppstår og holdes ved like. Kombinasjonen av disse tre mekanismene omtales i UP som nevrotisisme (se Barlow et al., 2004; Bullis et al., 2019).

For det første har personer med emosjonelle lidelser en tilbøyelighet til å oppleve negative følelser lettere, hyppigere og mer intenst enn andre (Bullis et al., 2019). De kan både bli mer følelsesmessig aktivert når ting skjer, og bruke lengre tid på å samle seg igjen. Kroppslig uro, grubling og bekymring er vanlig. For det andre reagerer de ofte aversivt på egne følelser, det vil si at de på ulike måter tolker og forholder seg til dem som noe truende, uakseptabelt eller ukontrollerbart. Den aversive reaksjonen har gjerne form av negative fortolkninger som «Jeg burde ikke hatt det sånn», «Jeg er svak som gråter», «Andre vil synes jeg er stakkarslig som reagerer på denne måten». Manglende aksept av egne opplevelser bidrar til at følelsene blir opplevd som enda mer ubehagelige og vanskelige å håndtere (Barlow et al., 2014). For det tredje forsøker personer med emosjonelle lidelser å mestre følelser gjennom å unngå dem, enten ved å forhindre at følelsen vekkes, å dempe følelsen eller å flykte fra den (Payne et al., 2021). Dette kan ta ulike former, som å unngå konkrete steder eller situasjoner hvor det kan oppstå vanskelige følelser. Det kan også være mer subtilt, som å unngå aspekter ved en situasjon som vekker ubehag, for eksempel øyekontakt, å tiltrekke seg oppmerksomhet eller å si meningen sin. Unngåelsen omfatter også ting folk gjør for å få kontroll over indre opplevelser, som å distrahere seg selv eller forsøke å ikke tenke på ting. Felles for alle former for unngåelse er at de ofte vedlikeholder eller forverrer den emosjonelle lidelsen.

UP ser på samspillet mellom disse tre mekanismene som sentralt ved emosjonelle lidelser. I stedet for å rette behandlingen mot spesifikke symptomer legger UP vekt på å endre denne

underliggende nevrotiske dynamikken (Kennedy & Barlow, 2018). Figur 1 gir en visuell illustrasjon av behandlingsfokuset i UP.

Figur 1

Funksjonell modell for emosjonelle lidelser

Merknad. Det funksjonelle forholdet mellom følelser, aversive reaksjoner på disse og unngåelse. Basert på Barlow et al. (2018b).

Sentrale prosesser og intervensjoner

I UP er målet å endre uhensiktsmessige måter å møte egne følelser på. Dette innebærer å tillate egne følelsesreaksjoner, la seg informere av dem og ikke lenger å snevre inn sitt eget opplevelses- og handlingsrom gjennom flukt og unngåelse. Behandlingen består av åtte moduler som gir ulike kjerneferdigheter for å håndtere intense og vanskelige følelser. Ved å tilegne seg disse ferdighetene kan en fortsette å øve på dem i møte med de utfordringene livet byr på også etter behandlingen. Vi presenterer modulene kort her, før vi illustrerer dem nærmere ved å beskrive hvordan de kan se ut i behandlingen av Nadine. I det følgende bygger vi på andre utgave av UP-manualen (Barlow et al., 2018a, 2018b; se også Payne et al., 2021, for en oppsummering av behandlingsprinsippene).

Som i all behandling er første steg i UP etablering av kontakt og utredning av pasientens vansker, for så å utarbeide en kasusformulering som kan gi retning til det terapeutiske prosjektet. Hvis vedkommende opplever at rasjonalet i UP gir mening som en forståelsesramme for vanskene, vil terapeuten introdusere den første modulen i behandlingen, «Målsetting og motivasjonsavklaring». Her settes det mål, som blir konkretisert i delmål og praktiske steg for å nå disse. Utgangspunktet for målene er alltid det pasienten selv ønsker å forandre i livet sitt. Det må oppleves som både relevant og viktig. Gjennom modulen får personen mulighet til å utforske hva som er utfordrende med å skulle gjøre endringer i livet. Innenfor UP gjøres dette etter prinsipper fra motiverende intervju (Miller & Rollnick, 2013). Målet er å styrke troen på at endring er mulig, og motivere pasienten til å delta aktivt i behandlingen selv om det er krevende.

Den andre modulen er «Forståelse av følelser». Her får pasienten psykoedukasjon om hva følelser er, og hvilken funksjon de har. For eksempel at sinne gjør det lettere å sette grenser, og at tristhet og sorg er viktig for å bearbeide tap og invitere andre til å tilby trøst og støtte. Her lærer en også å skille mellom de tre ulike komponentene som følelser består av (tanker,

kroppsfornelemelser og atferd). Videre øves det på å observere hva som utløser følelser, og hva som kan være konsekvensen av å unngå følelser. Prinsippet om negativ forsterkning formidles. Dette innebærer at når en unngår følelser, vil det dempe intensiteten på kort sikt, men på lengre sikt forsterker det både ubehaget og livsvanskene. Her er det viktig at kunnskapsformidlingen ikke blir en monolog fra terapeutens side, men i størst mulig grad blir knyttet til konkrete eksempler fra den enkelte pasientens liv.

I de fem påfølgende modulene introduseres det som regnes som kjerneferdighetene i UP. «Ikke-dømmende oppmerksomhet» innebærer å øve på aksept og å tillate følelser å være til stede uten å skulle skyve dem vekk eller endre dem. Målet her er å møte følelser som de er, erfare dem fullt ut og la dem følge sitt naturlige forløp. Her viser UP sin forankring i nyere, såkalte tredjegerasjonsperspektiver i KAT, som legger vekt på aksept og mindfulness. En aksepterende og her-og-nå-fokusert holdning kan være et gode i seg selv, men i UP er det viktig at denne ferdigheten gis et godt rasjonale inn mot pasientens livshemmende vansker.

I likhet med tradisjonell KAT legger UP til grunn at fortolkningene våre spiller en sentral rolle i emosjonelle lidelser. Modulen «Fleksibel tenkning» har til hensikt å gjøre pasienten mer bevisst på at vi hele tiden fortolker virkeligheten, og at ulike tankefeller er vanlige i emosjonelle lidelser. En kan trekke forhastede slutninger og overvurdere sannsynligheten for at det skal skje noe negativt i livet, eller bedrive katastrofetenkning, hvor en undervurderer egen evne til å mestre det verst tenkelige dersom det skulle inntreffe. Vedkommende får her øvelse i å gjøre seg mer nyanserte vurderinger, men ikke med vekt på å endre negative fortolkninger. I stedet legges det vekt på at et hvilket som helst perspektiv bare er ett av mange mulige. Målet er økt fleksibilitet gjennom å klare å se flere alternativer.

I modulen «Å gjøre det motsatte» utforskes først det pasienten gjør for å unngå eller flykte fra følelser. Her ser en på hele spekteret av kontroll- og tryggingstrategier som har til hensikt å regulere ned følelser. Målet er å få pasienten med på å nærme seg fremfor å fjerne seg fra det som er utfordrende, og å være helt og fullt i kontakt med følelsen der den kommer og går i et naturlig forløp.

Etter dette kommer en modul om den kroppslige komponenten i følelser, «Å møte fysiske fornemmelser». Her arbeides det med å fremkalle kroppslige fornemmelser som er mest mulig like de personen strever med i hverdagen, som høy puls, kortpustethet, hjertebank eller svimmelhet. For eksempel vil en løpe på stedet for å få opp pulsen, puste i sugerør for å kjenne på vansker med å få

nok luft, og snurre rundt for å kjenne på svimmelhet. Målet er å øke toleransen for disse kroppslige fornemmelsene.

Deretter følger den mest omfattende modulen, «Emosjonell eksponering». Det sentrale i eksponeringen er å fremkalle følelsene som skaper vansker for pasienten (sinne, frykt, tristhet, skam etc.), og å erfare dem fullt ut uten å unngå dem. Pasienten oppfordres til å ta i bruk alle ferdighetene de har øvd på hittil. Under eksponeringen inviteres pasienten til å innta en ikke-dømmende holdning og å være oppmerksom på hva som dukker opp i tankene og kroppen, og på tendensen til å ville handle. Oppfordringen er å gjøre det motsatte av å unngå, for eksempel noe som øker intensiteten i den ubehagelige følelsen heller enn regulerer den ned. Eksponeringen adresserer altså personens reaksjon på følelsen og ikke følelsen i seg selv. Målet er ikke en habituering til følelser, men å erfare at en kan håndtere dem på en fleksibel måte. Med andre ord at det er mulig å handle i tråd med egne ønsker, planer og verdier selv når en erfarer ubehagelige følelser. I løpet av behandlingen oppfordres pasienten til å gjøre sitt beste for å møte følelser de tidligere har unngått når disse oppstår i hverdagen.

I siste modul oppsummeres hva den enkelte pasienten har lært, og hvordan de opplever at terapien har påvirket vanskene de søkte hjelp for. Her legges også en konkret plan for hvordan pasienten kan fortsette eksponeringen i tiden som følger etter behandlingen.

Empirisk grunnlag

Den teoretiske utviklingen av UP har gått hånd i hånd med systematisk klinisk forskning: fra kasusstudier, ukontrollerte studier, til randomiserte kontrollerte studier (Carlucci et al., 2021). En tidlig randomisert kontrollert studie viser at UP er virksom for en rekke angstlidelser, og at pasientene var i fortsatt bedring 18 måneder etter avsluttet behandling (Farchione et al., 2012). En større randomisert kontrollert studie av UP har vist at metoden er like virksom som diagnosespesifikk KAT for pasienter med generalisert angstlidelse, sosial angstlidelse, OCD og panikkangst (Barlow et al., 2017). Foreløpige data indikerer også at metoden kan være virksom i behandling av andre emosjonelle lidelser, som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, PTSD, OCD og somatiseringslidelser (Cassello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019). Studier på UP i gruppeformat har funnet at UP er mer virksomt enn standard behandling (Osma et al., 2021). UP er også vist å være like virksomt som gruppebasert diagnosespesifikk KAT (Reinholt et al., 2021). En nylig gjennomført metaanalyse av UP for emosjonelle lidelser fant at behandlingen har store til

moderate effekter i ukontrollerte studier, og at behandlingen hadde større effekt enn både aktive og passive kontrollbetingelser i randomiserte studier (Carlucci et al., 2021). Det er derfor god støtte fra forskning på at denne transdiagnostiske tilnærmingen er virksom.

Status i Norge

Så vidt vi kjenner til, tilbys UP i gruppeformat ved psykologisk poliklinikk ved Universitetet i Bergen, Kronstad DPS, Solli DPS, Øyane DPS og Sammen Psykisk Helse i Bergen. I Bergen er det også etablert et fagnettverk for de som arbeider med modellen i området. Det etableres nå et UP-behandlingstilbud for pasienter med bipolar lidelse ved Nydalen DPS i Oslo. Fra høsten 2023 undervises det i behandlingsformen ved institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen.

Kasus Nadine

Predisponerende faktorer

Innledningsvis vil UP-terapeuten bruke tid på å bli kjent med Nadine for å forstå bakgrunnen og den nåværende livssituasjonen hennes. Dette er grunnleggende for at hun skal få tillit til terapeuten og behandlingstilnærmingen, og for at hun skal kunne ta et informert valg om å begynne i behandling. Hun kommer til behandling fordi hverdagen er vanskelig: Hun strever med angst, har lav selvtillit, er redd for nye depressive episoder, vegrer seg for å være sosial og strever med å uttrykke seg og hevde sine meninger i samspill med andre. Målet for de innledende samtalene vil være å få fram hvilke følelser som særlig skaper vansker for henne nå, og hva hun typisk gjør for å unngå disse følelsene. Her vil terapeuten også utforske sammen med Nadine om det er noe i hennes bakgrunn som kan medvirke til vanskene hennes. Dette kan være særlig viktig med Nadine da hun har tanker om at hun har vært et krevende barn, at hun er for følsom og at noe er «galt» med henne. Hun var et sjenert og forsiktig barn som vokste opp i en familie med lite toleranse for følelsesuttrykk og med erfaringer av å bli avvist når hun viste tristhet og bedt om å gå på rommet da hun var uenig med sin mor. Terapeuten vil validere at det er høyst forståelig at hun har lært seg å unngå følelser i en familiekultur uten gode rollemodeller som viste at følelser kan tolereres og bli møtt og respektert.

Terapeuten vil så utforske i hvilken grad Nadine i dag, basert på det hun har med seg av tidligere erfaringer, forsøker å unngå, kontrollere eller flykte fra følelsene sine. Her vil terapeuten be Nadine hente fram og utforske konkrete episoder hun opplever som utfordrende. Det kan være situasjoner hvor hun har vansker med å være sosial, eller episoder hvor hun er uenig med kollegaene sine eller med ektemannen Bjørn. Nadine vil inviteres til å utforske hvilke følelser som vekkes både i og etter disse situasjonene. Dette kan for eksempel være tristhet, sinne/selvhevdelse, skam, frykt eller positive følelser overfor seg selv. Siden fokus i UP er på emosjonsregulering heller enn de diagnosespesifikke symptomene, er det viktig å utforske hvordan hun typisk forholder seg til og reagerer på egne følelser. Spesifikt vil terapeuten være oppmerksom på om hun har aversive og dømmende reaksjoner på følelsene når de oppstår. Det går fram av kasesbeskrivelsen at hun har lett for å tenke at tristhet ikke vil gå over, og at det signaliserer at hun er på vei inn i en ny depresjon. I tillegg er selvkritikk en annen reaksjon i form av Nadines tanker om at hun er mislykket eller håpløs. Når det gjelder Nadines sosiale vegring, vil terapeuten være opptatt av hvordan hun møter angsten, for eksempel om hun får tanker om at den skal eskalere ut av kontroll, at det gjør henne til en svak person, eller at andre skal synes at hun virker nervøs eller uinteressant. Videre har Nadine over tid hatt vansker med å formidle egne meninger, særlig i konfliktsituasjoner. På jobb kan hun bli redd for at kollegaer ikke vil tåle at hun er uenig med dem, og når det gjelder Bjørn, ser hun for seg at forholdet skal ta slutt fordi han ikke godtar henne slik hun er. I kasesformuleringen vil en i UP ikke bare være opptatt av negative følelser, da emosjonsreguleringsvansker ofte gjør seg gjeldende overfor positive følelser også. Kanskje kan Nadine få aversive reaksjoner på følelser som lyst, interesse og engasjement? Terapeuten vil så utforske i hvilken grad Nadine forsøker å unngå, kontrollere eller flykte fra følelsesmessige opplevelser.

Opprettholdende faktorer

Ut fra kasesbeskrivelsen synes Nadine å ha en tendens til å unngå konflikter ved å bli stille og trekke seg tilbake. Hun unngår også sosiale situasjoner mer generelt, eller velger en passiv rolle når hun er sammen med andre. I tillegg bruker hun strategier som alkohol eller det å holde seg aktiv for å dempe indre opplevelser og slippe å kjenne etter. Terapeuten vil her vise forståelse for de ulike formene for unngåelse og forklare dem som mestringsforsøk, men samtidig utforske kostnadene de har for henne. Nadine har også en klar tendens til å gruble. I et UP-perspektiv vil det være relevant

å undersøke om denne negative repetitive tenkningen kan være en atferd som har som funksjon å holde mer ubehagelige følelser unna. Nadine har videre en historikk med impulsiv følelsesstyrt atferd i form av selvskading, som i UP vil forstås som et forsøk på å flykte fra vanskelige følelser gjennom å erstatte følelsesmessig ubehag med konkret fysisk smerte. Her vil terapeuten være oppmerksom på selvmordstankene hennes, som en kan utforske og forstå i lys av samme dynamikk.

Sammen med Nadine vil terapeuten sette disse ulike momentene inn i en UP-kasusformulering (se figur 2). Hensikten vil være å se om det er mulig å få en felles forståelse av at Nadines vansker ikke skyldes de ubehagelige følelsene i seg selv, men strategiene hun bruker for å håndtere dem. Forhåpentligvis vil det å få et rasjonale for hva som opprettholder vanskene hennes, skape håp om at endring er mulig. Terapeuten vil formidle at målet med UP ikke er å fjerne følelsene Nadine opplever, men å øve på ulike ferdigheter som kan hjelpe henne å forholde seg til dem på måter som er mindre livshemmende. Med andre ord betyr dette at hun skal kunne nærme seg følelser i stedet for å fjerne seg fra dem, og dermed gi uttrykk for opplevelser, meninger og behov i møte med andre mennesker, selv om det vekker frykt eller skam. Det å arbeide på denne måten kan også hjelpe henne å bryte sitt nåværende mønster av passivitet og sosial vegring som hemmer henne i livet. Dersom dette rasjonalet gir mening for Nadine, vil de gå videre til å definere konkrete mål for behandlingen.

Figur 2

UP kasusformulering for Nadine

Mål for terapien

Konkrete behandlingsmål innenfor UP må være forankret i hva Nadine selv ønsker mer av i livet sitt, eller hva hun ser på som verdifullt, men som hun nå hindres i å gjøre på grunn av vanskene sine. Siden Nadine har tilbrakt mye tid i en depressiv tilstand, har hun fått forsterket følelsen av å være mislykket og har trukket seg mer bort fra andre mennesker. Dette synes å være noe hun ikke er fornøyd med. For Nadine er et mulig mål derfor: «Å være mer aktiv sammen med andre.» Hun har også en rekke katastrofetanker omkring situasjoner hvor hun er uenig med andre. Dette blir særlig tydelig i forholdet til mannen, Bjørn. Et annet mål for Nadine kan dermed tenkes å være: «Å si det jeg mener til andre.» Det Nadine ønsker å håndtere bedre i livet sitt, settes opp som det langsiktige målet for terapien. Terapeuten vil så sammen med Nadine bryte disse ned i delmål med konkrete steg som hun kan ta for å nærme seg de mer langsiktige målene. Disse delmålene må være spesifikke, relevante

i forhold til det mer langsiktige målet og realistiske å gjennomføre innenfor en tidsavgrenset ramme. Disse delmålene er ikke tenkt som trinn i et hierarki, men mer som en liste over ulike områder eller oppgaver Nadine kan øve på for å nå det målet hun tenker er helt sentralt for behandlingen. Hvert delmål vil utgjøre en treningssituasjon hvor Nadine kan øve på de ulike ferdighetene som er målet å tilegne seg i UP. For hovedmålet om å være mer aktiv sammen med andre kan mulige delmål for Nadine være å ringe til en venninne hun ikke har snakket med på en stund, å delta i lunsjen fremfor å spise på kontoret, å invitere noen på tur, å komme i gang med gruppetrening igjen, å bli med kollegaer på kino og å stille på juleavslutningen på jobben. Når det gjelder hovedmålet om å si meningen sin, kan mulige delmål være å si til en venn hva hun synes om en matrett eller film, å argumentere for sitt syn på en omstridt sak overfor terapeuten, å si meningen sin i en samtale på jobben eller å si seg uenig med Bjørn.

I forbindelse med at Nadine konkretiserer målene, vil terapeuten systematisk utforske ambivalens og skiftende motivasjon for å gjennomføre disse. Det gir Nadine en anledning til å få satt ord på sin egen tvil og skepsis til å gjennomføre det endringsprosjektet som terapi er. Dermed kan Nadine og terapeuten bli bevisst på hva som kan hindre det videre forløpet. På kort sikt kan det være en lettelse å unngå de ubehagelige følelsene som det å gjennomføre disse delmålene vil aktivere. Kanskje hun er usikker på om behandlingen vil være til hjelp for henne. Samtidig er det viktig å få fram ulempene ved å fortsette som før. Det å unngå egne følelser har en høy pris for Nadine. Hun har i perioder kjent seg mislykket og håpløs, og hun har hatt tanker om å skade seg selv og gjøre slutt på livet. Det at hun ikke får satt ord på meninger og opplevelser, gjør henne ensom, og hun kjenner at hun eksisterer mer enn å leve. Hun er også redd for å miste livspartneren sin. Det å tenke over de mulige langsiktige konsekvensene ved å fortsette som før kan motivere henne til å utsette seg for ubehag og øve på å håndtere følelsene sine på mer hjelpsomme måter.

Sentrale intervensjoner

Å forstå følelser. UP legger til grunn at følelser er funksjonelle og adaptive responssystemer som har tre likeverdige komponenter: tanker, fysiske fornemmelser og handling/handlingsimpulser. For eksempel vil terapeuten utforske Nadines tristhet eller selvhevdelse/sinne som bestående av tankene hun gjør seg, hva hun kjenner i kroppen, og hva denne følelsen får henne til å ville gjøre. Hensikten er at hun skal bli mer bevisst på egne følelsesmessige opplevelser, og å klare å sortere i de ulike

komponentene som følelser består av. Dette vil være nyttig fordi vi kan anta at følelser kjennes uklare for henne, eller som noe som «bare skjer med henne» automatisk. Det er også et mål å hjelpe Nadine å se hvordan samspillet mellom tanker, kropp og handling påvirker den helhetlige emosjonelle opplevelsen. Her er det gjensidige koblinger mellom alle komponentene – for eksempel ved at det Nadine tenker om fysiske fornemmelser, har noe å si for hvor ubehagelige de blir, eller at intensiteten av kroppslige signaler kan virke inn på hvordan hun fortolker dem.

Gjennom psykoedukasjon om funksjonen følelser har, vil Nadine få hjelp til å se at selv ubehagelige følelser i utgangspunktet har en nytteverdi. For å sikre at forståelsen av følelser blir mest mulig tilgjengelig, er det en klar fordel om terapeuten i timene også kan arbeide med opplevelser som Nadine har her og nå. Hun kan for eksempel bli bedt om å se for seg en nylig episode med Bjørn hvor de var uenige og hun valgte å trekke seg unna. Gjennom å legge merke til og sette ord på tanker, kroppslige fornemmelser og hva hun kjenner impulser til å gjøre, kan hun få en erfaring av at disse følelsene er noe som kan utforskes og forstås sammen. Det er viktig å også få fram funksjonen de ubehagelige følelsene har.

Med utgangspunkt i listen over egne delmål vil Nadine til neste time oppfordres til å nærme seg noen situasjoner hun vanligvis unngår. Selv om den formelle eksponeringsmodulen kommer først midtveis i behandlingsforløpet, legger UP opp til at Nadine helt fra starten av terapien skal gjøre seg erfaringer med å nærme seg følelsesladete situasjoner. Ved at Nadine tar steg på målsettingslisten mellom timene, får hun materiale som hun kan se på sammen med terapeuten i timen. I tillegg får hun mulighet til å prøve ut og øve seg på hver av ferdighetene som introduseres i behandlingen. Nadine vil bli invitert til å føre en logg over følelsesmessige episoder, som terapeuten så kan se på sammen med henne neste time. Her brukes egne registrerings skjema som ligner det terapeuter med KAT-bakgrunn vil være vant til. Den selvobserverende ferdigheten som Nadine her øver på, vil bli svært viktig videre i behandlingen når de skal begynne å finne alternativer til de innarbeidede måtene som hun unngår følelser på.

Ikke-dømmende oppmerksomhet. Den neste modulen legger opp til å arbeide videre med å kunne observere egne følelsesreaksjoner. Nå blir det lagt vekt på en her-og-nå-fokusert og ikke-dømmende oppmerksomhet. I denne modulen vil terapeuten veilede Nadine i å tillate egne tanker, kroppsfornemmelser og handlingsimpulser å være akkurat som de er, og være vennlig mot seg selv og nysgjerrig på hva hun legger merke til og kjenner på. Det kan føre til en opplevelse av at følelser har

et naturlig forløp. Nadine kan da etter hvert erfare at de kommer og går når hun lar dem være der uten å evaluere dem negativt eller forsøke å få kontroll over dem.

Terapeuten vil introdusere korte mindfulness-øvelser som de gjør sammen i timen, samt oppfordre Nadine til å gjøre disse hjemme. Hun vil også få lære en såkalt trepunktssjekk, en komprimert øvelse på en her-og-nå-fokusert, ikke-dømmende oppmerksomhet. Her lærer hun å stoppe opp og observere hva som 1) skjer i tankene, 2) skjer i kroppen og 3) hva hun føler for å gjøre. Ved å øve seg på å observere seg selv og møte seg selv med en romslig holdning kan Nadine etter hvert øke toleransen for både tristhet, frykt, skam og sinne og la dem komme og gå fremfor å forsøke å kontrollere dem. Samtidig er den ikke-dømmende oppmerksomheten en ferdighet som kan tjene som en plattform for de andre ferdighetene hun vil bli kjent med gjennom behandlingen. Det å kunne observere seg selv med en ikke-dømmende holdning er en forutsetning blant annet for det å håndtere egne tanker mer konstruktivt, som er temaet for neste modul.

Fleksibel tenkning. I denne modulen vil terapeuten fokusere nærmere på den kognitive komponenten av følelser. Som vi allerede har beskrevet, har Nadine en rekke negative evalueringer av seg selv og situasjonen sin. Hva er det Nadine tenker i følelsesladete situasjoner, og hvordan kan hun forholde seg mer konstruktivt til egne tanker? Med utgangspunkt i Nadines egne eksempler vil terapeuten sammen med henne identifisere eksempler på såkalte tankefeller. La oss for eksempel se på tanken «Forholdet til Bjørn er ødelagt». Sammen vil de forsøke å se om det er mulig å få fram andre måter å se disse aktuelle situasjonene på. Målet er ikke først og fremst å endre Nadines negative tanker i positiv retning, men å øke den kognitive fleksibiliteten ved å frembringe flere mulige fortolkninger. Terapeuten vil her bruke ulike intervensjoner for å legge til rette for dette, som forestilte emosjonelle scenarioer eller bruk av et flertydig bilde. Hensikten er å gjøre henne oppmerksom på at sinnet er subjektivt fortolkende snarere enn et speilbilde av virkeligheten. Målet her vil være at hun i tillegg til katastrofetanken «Forholdet til Bjørn er ødelagt» kan overveie andre muligheter, som at «Bjørn vil heller at jeg skal si det jeg mener enn at jeg blir stille og trekker meg» eller «Kanskje blir han litt irritert på meg og er uenig, men det betyr ikke at han vil gå fra meg». Ved å holde oppe flere perspektiv samtidig tenker en seg at katastrofetanken «vannes ut» og mister noe av sin kraft.

Å gjøre det motsatte. Neste modul tar for seg den atferdsmessige komponenten av følelser. Her vil terapeuten se på de ulike strategiene Nadine bruker for å unngå egne følelser, og sammen med henne utforske alternative måter å handle på. For eksempel holder Nadine seg ofte aktiv for å skyve

vekk følelser. Her vil terapeuten introdusere en overordnet strategi om «å gjøre det motsatte» av de innarbeidede unngåelsesmønstrene. For henne vil det å gjøre det motsatte innebære å stoppe opp og tillate seg å fullt ut kjenne og eie sin egen emosjonelle reaksjon, og å se hva som skjer med følelsen da. Det vil også være å aktivt bryte med tilbaketrekning gjennom å velge aktivitet sammen med andre fremfor å bli hjemme. Og i sosiale situasjoner vil det innebære å gjøre det motsatte av det angsten forteller henne, som å møte blikket, ta ordet og på andre måter velge å være til stede i fellesskapet fremfor å distrahere seg og unngå kontakt ved hjelp av mobiltelefonen.

Det er viktig å understreke at målet om å gjøre det motsatte ikke er en enkel løsning. Terapeuten forventer ikke at Nadine ved å velge å gå inn i emosjonelt ladede situasjoner og bryte med mønsteret sitt skal oppleve at den vanskelige følelsen fordufter. Hun vil kunne oppleve negative tanker, kroppslig ubehag og sterke impulser til flukt og unngåelse. Det hun imidlertid arbeider med i denne modulen, er å til tross for dette velge handlinger som er i tråd med det hun ønsker og verdsetter. Her vil terapeuten gjerne invitere Nadine til å bruke andre ferdigheter hun allerede har lært, som å legge merke til hva som utfolder seg av tanker og kroppsfornevelser med en ikke-dømmende oppmerksomhet.

Øke toleranse for kroppslig ubehag. I denne modulen vil Nadine få direkte erfaring med å vekke kroppslig ubehag og øve på å møte dette på en ikke-dømmende måte. Nadines vansker har en klar kroppslig komponent, med både nedstemthet og energimangel samt ulike former for angst og uro. Det vil være viktig for terapeuten å rette søkelyset mot hvordan hun forholder seg til disse fysiske fornemmelsene. UP benytter her interoceptive eksponeringsøvelser vi vanligvis forbinder med behandling av panikkangst. Dette kan være øvelser som hyperventilering, pusting i sugerør, løping på stedet for å få opp pulsen eller å svive rundt til du blir svimmel. Selv om Nadine ikke har panikksymptomer, vil disse øvelsene likevel kunne vekke ubehag. Hun kan her øve seg på å gi rom til ubehaget og la det gå sin gang uten å starte med kontroll- eller unngåelsesstrategier. Målet er å utvide toleransen for kroppslig ubehag. Underveis i øvelsene vil terapeuten hjelpe Nadine å legge merke til og sette ord på de kroppslige fornemmelsene og å tillate dem å være der. Hun vil også oppfordres til selv å gjøre ting som øker ubehaget, avhengig av hvordan hun erfarer de kroppslige fornemmelsene.

Emosjonell eksponering. Hovedmålet for eksponeringen er at Nadine i møte med ubehag skal anvende de ulike kjerneferdighetene hun har øvd på gjennom de foregående modulene. Poenget er altså ikke at det å for eksempel stå i konflikter ikke skal vekke ubehag lenger. Gjennom å stadig oppsøke situasjoner som vekker ubehagelige følelser, vil Nadine få mengdetrening på å sjekke

inn med følelser (tanker, kroppslige fornemmelser og handlingstendenser) underveis, å utfordre katastrofetanker og å tenke mer fleksibelt. Hun kan også gjentatte ganger øve seg på å tillate ubehaget å være der og møte det med en holdning av «sånn er det akkurat nå, og det kan få lov til å være sånn». Eksponeringen vil ta utgangspunkt i de konkrete delmålene som Nadine kom fram til sammen med terapeuten helt i starten av forløpet. Rammene for eksponeringen i timene er: «Hva kan vi gjøre sammen i denne timen for å vekke de følelsene og det ubehaget som hemmer deg i livet ditt nå?» Den emosjonelle eksponeringen kan foregå enten ved å oppsøke konkrete situasjoner, ved å gjøre interoceptive øvelser som beskrevet i forrige avsnitt, eller å bruke andre måter å få fram opplevelser på som er mest mulig analoge til de Nadine synes er vanskelige.

Ved å klare å legge merke til det som skjer og akseptere ubehagelige følelser som dukker opp, vil Nadine kunne oppsøke situasjoner som gir henne påfyll, eller gi uttrykk for det hun mener, til tross for ubehaget det vekker. Vi kan se for oss at Nadine velger å øve seg på å si meningen sin på et område som vekker skam eller frykt – enten til terapeuten eller til en kollega som hentes inn dersom det blir behov for å øke utfordringen. Tilsvarende kunne en se for seg at Nadine og terapeuten finner måter å sette Nadine i berøring med tristhet på, enten ved å se/lytte til triste stimuli eller visualisere / skrive ned scenarioer knyttet til tap og avvisning. Her legger UP vekt på at en med fordel kan eksponere pasienten også for de fysiske fornemmelsene av tristhet og nedstemthet (tyngde, energimangel) gjennom kreative tiltak som å bære en tung ryggsekk eller feste vekter rundt handledd og ankler.

I forkant av eksponeringen bruker terapeuten tid på å hjelpe Nadine å få fatt på hva hun ser for seg skal skje (katastrofetanker), og hvilke av ferdighetene hun har øvd på gjennom behandlingen som kan være særlig viktig for henne å bruke underveis. Når hun så setter ord på noe hun vanligvis holder for seg selv, vil terapeuten sjekke inn med henne om hun klarer å legge merke til hva som skjer i kroppen, i tankene og hva hun får lyst til å gjøre (f.eks. unngå øyekontakt eller snakke fort for å bli ferdig). Terapeuten vil også oppfordre henne til å tillate ubehaget, men samtidig gjøre det motsatte av tendensen hun kjenner – det vil si å opprettholde øyekontakt og snakke rolig og tydelig. I etterkant av en eksponeringsøvelse vil de utforske hva Nadine lærte av å gjennomføre øvelsen, og om dette er noe hun kan ta med seg inn i uken som kommer. Mellom timene vil hun bli oppfordret til å arbeide målrettet med å designe og gjennomføre egne eksponeringsøvelser rettet mot de områdene av livet hun ønsker å endre. Målet med eksponeringen er å sikre at Nadine får erfaringer med å kunne møte sterke følelser i en rekke forskjellige situasjoner og å øke intensiteten på dem fremfor å regulere dem

ned. I UP er ikke vekten på diagnosespesifikke prosesser eller habituering til de ulike situasjonene hvor vanskene spiller seg ut. Det viktigste er heller å endre de underliggende emosjonsregulerende vanskene ved å bli mer villig til å nærme seg og håndtere sterke følelser.

Forebygging av tilbakefall. Behandlingen har foregått innenfor en kort tidsavgrenset periode (12–14 timer). Det er vesentlig at Nadine fortsetter å øve på å møte vanskelige følelser fremfor å unngå dem også etter at behandlingen er avsluttet. I siste time legger derfor Nadine og terapeuten en konkret plan for hvilke situasjoner hun kan fortsette å bevisst øve seg i, og hva som kan hjelpe henne både å huske på dette og gjennomføre det (ferdigheter). Nadine har i tillegg hatt en rekke depressive episoder fra hun var 18 år. Det blir derfor særlig viktig å legge en plan for hvordan hun kan ta i bruk de nye ferdighetene hvis hun igjen opplever depressive symptomer. Dette kan involvere å skrive et brev hvor hun formidler det hun trenger å høre når hun kjenner seg nedstemt og håpløs, og å minne seg selv på hva hun av erfaring vet kan hjelpe henne å snu en depressiv spiral. Hun kan også gå gjennom notatene fra de ulike modulene i behandlingen.

Hvordan vurdere endring?

Overordnet vil endring vurderes i lys av om Nadine er bedre i stand til å håndtere situasjonene i livet som hun kom til terapi for å mestre. I hvilken grad har hun utviklet ferdigheter som hjelper henne å møte følelser på måter som gjør at hun kan leve det livet hun ønsker? For Nadine vil dette særlig gjelde i situasjoner hvor hun trenger å sette av tid til aktiviteter som gir påfyll, eller i situasjoner hvor hun er redd for å si hva hun mener. Klarer hun å forholde seg til ubehaget som vekkes i disse konfliktsituasjonene, uten å unngå følelsene ved å trekke seg unna eller å dempe dem gjennom alkohol eller grubling? Mindre unngåelse antas å ha direkte sammenheng med en reduksjon av symptomer på depresjon og angst.

I UP benyttes også to selvrapportskjema kalt OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) og ODSIS (Overall Depression Severity and Impairment Scale). I ukene behandlingen varer, vil Nadine få i oppgave å fylle ut disse skjemaene hver uke. Hver time starter med en gjennomgang av hvor sterke symptomene hennes har vært i uken som gikk, og hva hun tenker har påvirket symptomene enten i negativ eller positiv retning. Dette åpner også for muligheten til å reflektere rundt hva som har vært til hjelp i vanskelige situasjoner, og hva som oppleves som hindringer.

Avslutning

Unified Protocol bygger på en grunnantakelse om at ulike psykiske vansker oppstår når personer reagerer på følelser med aversjon og unngåelse. Målsettingen med UP er å hjelpe pasienten til å utvikle et sett med ferdigheter for å kunne forholde seg til følelser på måter som er til hjelp. Disse ferdighetene omhandler evnen til å stoppe opp og legge merke til tanker, kroppslig aktivering og hva en får trang til å gjøre, å møte disse ulike følelseskomponentene med en ikke-dømmende holdning, å tenke fleksibelt og å gjøre det motsatte i situasjoner hvor impulsen vanligvis er å unngå det som gir ubehag. Disse ferdighetene antas å endre den underliggende prosessen der en på lite hensiktsmessige måter forsøker å regulere ned følelser som kjennetegner et bredt spekter av lidelser. For behandlere tilbyr denne modellen derfor en fleksibel tilnærming som kan tas i bruk for en rekke vanlige kliniske problemstillinger. For pasienter tilbyr den en aktiv og fokusert måte å arbeide på som gjør dem mindre hemmet av ubehag og bedre i stand til å leve livet i tråd med egne ønsker og verdier.

Referanser

- Barlow, D.H., Allen, L.B. & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L.R., Boswell, J.F., Ametani, A., Carl, J.R., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Latin, H.M., Ellard, K.K., Bullis, J.R. Bentley, K.H., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2018a). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (2. utg.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190685973.001.0001>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Latin, H.M., Ellard, K.K., Bullis, J.R. Bentley, K.H., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2018b). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook* (2. utg.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190686017.001.0001>

- Barlow, D.H., Sauer-Zavala, S., Carl, J.R., Bullis, J.R. & Ellard, K.K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Bullis, J.R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T.J. & Barlow, D.H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Carlucci, L., Saggino, A. & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cassello-Robbins, C., Southward, M.W., Tirpak, J.W. & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D. & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W. & Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Hagen, R., Johnson, S.U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3). psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/03/mot-en-felles-grunn-en-transdiagnostisk-tilnaerming-til-psykologisk-behandling
- Kennedy, K.A. & Barlow, D.H. (2018). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An introduction. I D.H. Barlow & T.J. Farchione (Red.), *Applications*

- of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190255541.003.0001>
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D., Cicero, D.C., Conway, C.C., DeYoung, C.G., Eaton, B.R., Forbes, M.K., Hallquist, M.N., Latzman, R.D., Mullins-Sweatt, S.N., Ruggero, C.J., Simms, L.J., Waldman, I.D., Waszczuk, M.A. & Wright, A.G. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- Lahey, B.B., Moore, T.M., Kaczurkin, A.N. & Zald, D.H. (2021). Hierarchical models of psychopathology: Empirical support, implications, and remaining issues. *World Psychiatry*, 20(1), 57–63. <https://doi.org/10.1002/wps.20824>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E.R. & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181–191. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.181>
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T.J. & Barlow, D.H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Payne, L.A., Ellard, K.K., Farchione, T.J. & Barlow, D.H. (2021). Emotional disorders. A Unified Protocol for transdiagnostic treatment. I D.H. Barlow (Red.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford Publications.
- Reinholt, N., Hvenegaard, M., Christensen, A.B., Eskildsen, A., Hjorthøj, C., Poulsen, S., Arendt, M.B., Rosenberg, N.K., Gryesten, J.R., Aharoni, R.N., Alrø, A.J., Christensen, C.W. & Arnfred, S.M. (2021). Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral

therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000516380>

- Saha, S., Lim, C.C., Cannon, D.L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., Huo, Y. & McGrath, J.J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(3), 286–306. <https://doi.org/10.1002/da.23113>
- Sakiris, N. & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>