

Radikalt åpen dialektisk atferdsterapi for ungdom

Kirsti Hermansen
Sykehuset i Vestfold
Kirsti.Hermansen@siv.no

Erlend Skaar
Sykehuset i Vestfold

Klinisk erfaring tilsier at tilnærmingen er anvendelig i poliklinikk og at den bidrar til positive endringer.



Erlend Skaar og Kirsti Hermansen (Foto: privat)

Radikalt åpen dialektisk atferdsterapi (RO DBT) er en transdiagnostisk behandling for overkontrollert mestring, rigid og tvangspreget atferd og undertrykte emosjonelle uttrykk. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Vestfold har siden 2018 tilbudt RO DBT. Vi ønsker å dele våre erfaringer med metoden, som kan være et supplement for unnavikelse eller tvangspreget fungering, og vedvarende depressive plager eller spiseforstyrrelse der annen behandling ikke har gitt tilstrekkelig bedring.

RO DBT har som dialektisk atferdsterapi (DBT; Linehan, 1993) et dialektisk og atferdsbasert fundament. DBT er utviklet for lidelser der emosjonell dysregulering antas å være det underliggende problemet, og der ferdigheter for å holde ut og regulere følelser er sentralt (Linehan, 1993). RO DBT derimot er utarbeidet for lidelser karakterisert av emosjonell overkontroll, der emosjonell ensomhet antas å være det underliggende problemet. Derfor er hovedfokus i behandlingen å øke åpenhet, fleksibilitet og tilknytning til andre mennesker, som antas å være kjernetrekk i radikal åpenhet og en væremåte som fremmer god psykisk helse hos alle mennesker (Lynch, 2018a).

Hva er RO DBT?

RO DBT er utviklet av psykolog og professor Thomas Lynch, først i USA sent på 1990-tallet, før han fortsatte arbeidet i Storbritannia. Det siste tiåret har det vært tilgjengelig tilbud om terapeututdanning i USA, Storbritannia og Australia, og behandlingen tilbys i USA, Australia, Canada og flere europeiske, sør-amerikanske og asiatiske land. For mer informasjon, se <https://www.radicallyopen.net>.

Et økende kunnskapsgrunnlag tilsier at overkontroll er assosiert med ensomhet, kronisk depresjon, sosial angst og unnvikelse, anorexia nervosa, tvangspreget personlighetsforstyrrelse og autismespekterforstyrrelser (Lynch, 2018a). RO DBTs nevrobiososiale modell antar at overkontrollert mestring utvikles i transaksjon mellom på den ene siden, et temperament preget av høy faresensitivitet, lav belønningssensitivitet, høy grad av impuls kontroll og detaljfokusert oppmerksomhet, og på den andre siden, et miljø som positivt forsterker kontroll over følelser, der det å prestere og unngå feil vektlegges høyt (Lynch, 2018a).

Radikal åpenhet i RO DBT handler om å utfordre egne oppfatninger og handlingsmønstre. Det er basert på en antakelse om at «vi ikke ser verden slik den er, men som vi er» (Lynch 2018a, s. 183, vår oversettelse), altså at vi forstår verden i lys av temperamentsmessige disposisjoner og tidligere erfaringer.

I RO DBT er hovedfokus i behandlingen sosiale signaler

I RO DBT er hovedfokus i behandlingen sosiale signaler. Et sosialt signal blir her definert som enhver handling, uavhengig av form, intensjon eller bevissthet, som skjer med et annet menneske til stede (Lynch, 2018a). Den sentrale endringsmekanismen for RO DBT er endring av maladaptive sosiale signaler. Eksempler kan være et uttrykksløst ansikt eller indirekte kommunikasjon, som å hinte istedenfor å be om det du ønsker. Bakgrunnen for metodens fokus på sosiale signaler er studier som viser at når det man uttrykker på utsiden, ikke stemmer overens med den indre opplevelsen, for eksempel å smile og si «det går bra» når du egentlig er lei deg, er det større sjanse for at andre opplever en som ikke-autentisk (Boone & Buck, 2003; English & John, 2013). Manglende overensstemmelse mellom hva en person føler og det ytre følelsesuttrykket, er vist å samvariere med redusert tilknytning til andre og høyere grad av psykiske symptomer (Mauss et al., 2011). RO DBT skiller seg fra annen behandling ved å postulere at det en person tenker eller føler, er mindre viktig enn måten personen signaliserer sine indre opplevelser til omgivelsene, og hvordan signalstilen påvirker personens tilknytning til andre mennesker (Lynch, 2018a).

Ifølge RO DBT kan et temperament preget av høy faresensitivitet føre til at overkontrollerte personer går inn i sosiale situasjoner med en høy trusselaktivering. RO DBTs nevroregulatoriske modell beskriver hvordan trusselaktiveringen påvirker sosial signalering. For eksempel kan ansiktsmuskulaturen bli stiv eller tilgjort, og det blir vanskeligere å ha blikkontakt, noe som kan gjøre at man oppfattes som mindre autentisk, eller som en som ikke ønsker kontakt med andre, kan igjen bidra til utenforskap (Lynch, 2018b).

RO DBT ved BUPA i Vestfold

Som første behandlingssted i Norge startet BUPA i Vestfold i 2018 et pilotprosjekt med RO DBT for ungdom, som siden 2021 har vært en del av det ordinære behandlingstilbudet. Bakgrunnen for prosjektet var erfaringer med at enkelte ungdommer med spiseforstyrrelser ikke oppnådde tilstrekkelig

tilfriskning gjennom familiebasert behandling (FBT), som er anbefalt behandling for barn og unge med spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). Disse ungdommene hadde også tilleggsvansker som angst, depresjon og tvangspreget atferd. Den kliniske erfaringen er i tråd med studier som har vist høy grad av komorbiditet mellom spiseforstyrrelse og andre psykiske problemer hos unge (Convertino & Blashill, 2022), og at kun 30–40 % oppnår full remisjon etter FBT (Datta et al., 2023). Vi erfarte også at en del ungdom uten spiseforstyrrelser, men med en tvangspreget eller unnvikende væremåte, hadde lite utbytte av vanlig samtalebehandling.

Kunnskapsgrunnlag

I de siste 25 årene har man undersøkt RO DBT i ulike kliniske settinger, aldersgrupper, diagnosegrupper og med ulike forskningsdesign (Gilbert et al., 2020). En randomisert kontrollert multisenterstudie fra Storbritannia av voksne fant at RO DBT hadde signifikant bedre effekt enn medikamentell behandling alene for behandlingsresistent depresjon, og at det var en signifikant økning av emosjonell mestring og reduksjon av psykologisk infleksibilitet (Lynch et al., 2020). Pilotstudier av pasienter med anorexia nervosa viste at metoden er gjennomførbar med moderat til høye effektstørrelser for voksne innlagte (Lynch et al., 2013), for polikliniske pasienter (Chen et al., 2015) og for ungdom i intensiv dagbehandling (Baudinet et al., 2020). En studie fra Sverige med multiple baseline-data der voksne pasienter med anoreksi fungerte som sin egen kontroll, fant at de 8 pasientene (av et utvalg på 13) som gjennomførte RO DBT, var i full remisjon etter behandling, og at endringene startet først etter at de ble introdusert for RO DBT (Isaksson et al., 2021). Det er også gjennomført studier av ferdighetsgruppe alene for voksne polikliniske pasienter: I en ikke-randomisert kontrollert undersøkelse med ventelistekontroll fant Keogh et al. (2016) signifikant reduksjon av psykopatologi, og en pilotstudie fant moderate effektstørrelser for reduksjon av psykologisk stress for pasienter med autismespekterdiagnoser (Cornwall et al., 2021). En studie av RO DBT for ungdom i poliklinikk, med forenklet materiale og redusert behandlingstid, fant signifikant reduksjon av depresjon, spiseforstyrrelse og selvskadingsatferd, og moderat til sterk korrelasjon mellom reduksjon av uhensiktsmessig overkontroll og bedring av symptomer på depresjon og spiseforstyrrelse (Baudinet et al., 2021). Oppsummert viser kunnskapsgrunnlaget at RO DBT er en lovende tilnærming for ulike lidelser karakterisert av overkontroll hos både voksne og ungdom.

Behandlingsprogrammet

Utvikling

I 2017–2018 gjennomførte tre behandlere RO DBT-utdanning. Utdannelsen var lagt opp som to intensive undervisningsuker, med oppstart av pasientbehandling mellom de to ukene. RO DBT-utdannelsen følger nå en ny modell. Etter gjennomført utdanning har vi hatt månedlig veiledning med godkjent RO DBT-veileder.

Etter anbefaling fra behandlingsutvikler brukte vi i første behandlingsrunde manualen som er utviklet og testet for voksne, der behandlingen går over 30 uker (Lynch, 2018b). En av artikkelforfatterne (KH) oversatte materialet til norsk. Ungdommene beskrev i evalueringen at materialet var omfattende og vanskelig å forstå. Dette samsvarer med erfaringene fra Maudsley hospital i London, som de siste ti årene har hatt RO DBT som del av behandlingstilbudet for ungdom med spiseforstyrrelser (Baudinet et al., 2021). De har tilpasset manualen til ungdom gjennom å redusere omfanget, legge til flere bilder og foreslå videoer som passer for ungdom. Vi har fått lov til å

bruke det tilpassede materialet fra Maudsley, har oversatt det til norsk og benyttet det siden 2019. Det innebærer at behandlingstiden er redusert til 20 uker.

RO DBT-programmets struktur

Behandlingsprogrammet består av ukentlig individualterapi og ukentlig ferdighetstrening i åpen gruppe med inntil ti ungdommer. Omsorgspersoner inviteres med i oppstarts-, midtveis- og sluttevaluering. Vi har informasjonsmøte for omsorgspersoner to ganger i året, og familiesamtaler ved behov. Behandlerne møtes ukentlig i konsultasjonsteam og bruker selv RO DBT-ferdigheter i hverdagen.

Ungdommene i behandlingsprogrammet

I tråd med klinisk erfaring (Lynch, 2018b) har vi valgt blandede diagnosegrupper i ferdighetstreningen. Ungdommene rekrutteres fra BUPAs to poliklinikker og spiseforstyrrelsespoliklinikken. Inklusjonskriterier er ungdom mellom 14 og 22 år som selv identifiserer seg som overkontrollerte, og som etter seks måneders behandling i poliklinikk ikke har oppnådd tilfredsstillende bedring. Ved samtidig spiseforstyrrelse gis RO DBT som et supplement til FBT, med somatisk oppfølging i spiseforstyrrelsespoliklinikken. Eksklusjonskriterier er pågående psykose og rusavhengighet og alvorlig spiseforstyrrelse med KMI under 15 og/eller døgninnleggelse over fire uker. Bakgrunnen for eksklusjonskriteriet alvorlig spiseforstyrrelse er erfaringer i fagfeltet med at reernæring og medisinsk stabilisering er nødvendige forutsetninger for terapi, og egne erfaringer i første fase av pilotprosjektet, der flertallet av pasienter som startet opp RO DBT underveis i en langvarig innleggelse viste seg å ikke få til å fullføre behandlingsprogrammet.

Ungdommene som har deltatt i RO DBT, har hatt ulike vansker. Personlighetsproblematikk er ikke systematisk kartlagt, men vårt kliniske inntrykk er at mange har unnvikende eller tvangspregede personlighetstrekk og rigiditet. For å gi et mer utfyllende bilde vil vi beskrive to fiktive kasuistikker. De er basert på en sammenstilling av mange ungdommer og beskriver ikke faktiske personer.

Iben

Iben har en anorektisk spiseforstyrrelse, og har mottatt FBT ved spiseforstyrrelsespoliklinikken. Undervekt er redusert, men Iben har fortsatt spiseforstyrrede tanker og følelser. Hen har høye krav til egne prestasjoner, tvangspregede regler for både spising og annen atferd, og er engstelig for å bli vurdert negativt. Iben har på grunn av spiseforstyrrelse og behandling gått glipp av mye skole, og har mistet kontakt med jevnaldrende. I samtaler sier hen lite, snakker lavt, svarer ofte «vet ikke» eller forsøker å få andre til å ta avgjørelser, og smiler ofte når hen snakker om vanskelige tema.

Alex

Alex har over tid hatt symptomer på depresjon og er mye sliten. Kognitiv terapi har i liten grad hjulpet. Alex er svært opptatt av å gjøre det bra på skolen, der hen fremstår velfungerende, men hjemme har hen ofte sterke følelsesutbrudd på grunn av skolerelatert stress. Hen er aldri fornøyd med egne prestasjoner og prioriterer sjelden samvær med jevnaldrende. Alex har ett tidligere selvmordsforsøk med tabletter bak seg, og selvskadinger i form av kutting. Selvskadningen foregår i det skjulte, er vanligvis planlagt timer på forhånd og ofte forbundet med behov for å straffe seg selv. Alex deler lite med andre om hvordan hen har det, tenker at hen skal klare alt selv, og kan virke avvisende.

Individualterapien

De første 3–4 individualltimene fokuserer på orientering og forpliktelse. Ungdommene får informasjon om det teoretiske fundamentet og strukturen i behandlingen, det jobbes med å identifisere verdier og målsettinger, og forpliktelse til å redusere overkontrollert mestring og maladaptive sosiale signaler.

De videre samtalerne fokuserer på arbeid med maladaptive sosiale signaler som hindrer ungdommen i å nå målene de har satt seg. Timene struktureres etter følgende hierarki: (1) livstruende atferd, (2) alliansebrudd og (3) maladaptive sosiale signaler. Ungdommene fyller ut dagbokskort mellom timene, og arbeidet i timene organiseres rundt kjede- og løsningsanalyser (Lynch, 2018a).

Livstruende atferd, det vil si selvskadning og selvmordsatferd, er ofte planlagt og regelstyrt hos overkontrollerte pasienter. RO DBTs protokoll for håndtering av livstruende atferd fokuserer på å forstå atferden fra et sosialt signaliseringsperspektiv, altså hva pasienten forsøker å fortelle gjennom atferden, og den fokuserer på håp og oppfordrer til å utnytte høy evne til impuls kontroll for å stoppe livstruende atferd (Lynch, 2018a).

Alliansebrudd og tilhørende reparasjoner er ønsket, fordi det gir mulighet for ny læring

Et alliansebrudd i RO DBT defineres som at pasienten føler seg misforstått av terapeuten eller opplever at behandlingen ikke passer. Mindre alliansebrudd forventes å skje flere ganger gjennom forløpet, og en behandlingsrelasjon uten alliansebrudd før time 14 regnes som en overfladisk relasjon. Alliansebrudd og tilhørende reparasjoner er ønsket, fordi det gir mulighet for ny læring for overkontrollerte pasienter, som ofte har en tendens til å avslutte forhold når det blir konflikt (Lynch, 2018a).

Maladaptive sosiale signaler identifiseres i samarbeid med pasienten gjennom fokus på typiske overkontrolltema: (1) rigid og regelstyrt atferd, (2) reservert/distansert stil, (3) misunnelse, bitterhet og sosial sammenlikning, (4) hemmet affekt og (5) overdrevet forsiktighet, og gjennom at terapeuten løfter frem sosiale signaler hen har observert gjentatte ganger hos pasienten. Sosiale signaler med antatt størst negativ innvirkning på relasjoner prioriteres. Pasienten blir bedt om å demonstrere sosiale signaler for terapeuten, slik at terapeuten kan vurdere om det sosiale signalet er maladaptivt (dvs. bidrar til å hindre sosial tilknytning). Terapeuten demonstrer også sosiale signaler for pasienten, så hen kroppslig kan erfare å være på den mottagende siden og forstå hvordan egne sosiale signaler kan virke på andre (Lynch, 2018a).

Terapeutstil og terapeutiske strategier

RO DBT-terapeuten tilstreber en lett og ledig stil

RO DBT-terapeuten tilstreber en lett og ledig stil, snakker med pasienten slik hen ville snakket til en venn, og anvender en dialektisk veksling mellom medfølende innlevelse og leken uærbødighet. Terapeuten anerkjenner at pasienten selv må bestemme hvordan hen vil leve livet sitt, og «ask, don't tell» er et sentralt prinsipp. Når pasienten er engasjert og kommuniserer åpent og direkte, har terapeuten en stil preget av medfølende innlevelse, mens når pasienten blir mer indirekte i kommunikasjonen og handlinger avviker fra verdier og målsetninger, skifter terapeuten til leken uærbødighet, for eksempel ved å bruke terapeutisk erting. Et eksempel kan være en pasient som sier «Jeg kan ikke snakke om det», hvorpå terapeuten svarer på en leken måte: «Hva var det, jeg syns

jeg hørte noe?» Dette for å påpeke det motstridende budskapet, ettersom pasienten faktisk snakker, før terapeuten smiler varmt og signaliserer ikke-dominans gjennom bruk av åpne hender og lett krummede skuldre (Lynch 2018a).

Ferdighetstreningen

En begynner vanligvis med ferdighetstreningen etter tre individuelle timer. Siden det er en åpen gruppe, varierer temaet som deltakerne starter med. Grunnleggende ferdigheter, som RO DBTs nevroregulatoriske modell og ferdigheter for å aktivere sosial trygghet og selvrefleksjon, undervises derfor også individuelt. En sentral ferdighet for å aktivere sosial trygghet kalles 3 + 1, og innebærer å heve øyenbryn, smile med lukket munn, puste dypt og lene seg tilbake hvis du sitter. RO DBT utnytter her den gjensidige forbindelsen mellom det autonome nervesystemet og ansiktsmuskulatur og pust. Hovedfokus er ikke primært å kjenne seg roligere på innsiden, men å øke sjansen for tilknytning til andre mennesker (Lynch, 2018a). Selvrefleksjon er en grunnleggende ferdighet i RO DBT som innebærer å aktivt søke det du ønsker å unngå, for å lære, og å dyrke en vilje til å ta feil og endre deg om nødvendig. Selvrefleksjonspraksis innebærer å finne spørsmål du kan trenge å stille deg selv for å lære. Øvelsene er korte (maks fem minutter) og gjentas over flere dager (Lynch, 2018b).

Ferdighetsgruppa likner mer et kurs enn tradisjonell gruppeterapi og ledes av to terapeuter. Hver samling har et hovedtema, med hjemmeoppgaver. De fleste ferdighetene beskrives med akronymer som er satt sammen av en bokstav for hvert trinn i ferdigheten, der akronymet uttrykker kjernen i ønsket atferd: For eksempel er «VARIES» (varierte) forkortelsen for ferdigheten som handler om å lære nye ting (se under for en oversikt over temaer). Det er utviklet en egen protokoll for å håndtere hvis deltakere ikke har gjort hjemmeoppgaver eller ikke er aktive i ferdighetsgruppa, der fokus er på å bidra til fellesskapet. I hver ferdighetsgruppe gjennomføres det minst en «deltakelse uten planlegging»-øvelse, der hensikten er å øke gleden ved sosial deltakelse. Øvelsene annonseres ikke på forhånd, er kortvarige (30–60 sekunder) og går ut på å gjøre og si det samme som gruppeleder. Den korte varigheten, og at alle gjør det samme, reduserer selvbevisstheten og øker sjansen for å oppleve deltakelse sammen med andre som positivt (Lynch, 2018b).

Behandlingsutbytte

For å vurdere utbytte av behandlingen blir ungdommene bedt om å fylle ut selvrapportskjema før og etter RO DBT. Vi gjennomfører midtveis- og sluttevaluering med ungdom, foreldre og henviser. Ungdommen bes svare på grad av måloppnåelse, hvilke ferdigheter de synes var mest nyttig, hva som var mest nyttig i individualterapien, og hva som har vært utfordrende eller manglet i behandlingen.

Tilbakemeldinger som har gått igjen, er at det har vært hjelpsomt å lære konkrete ferdigheter, spesielt ferdigheter for å aktivere sosial trygghet, at de liker fokuset på sosiale signaler, at det er hjelpsomt å høre om andres erfaringer, og at de føler seg mindre alene når andre deler sine opplevelser, samt at hjemmeoppgaver har vært nyttig for å pushe dem til å trene på ferdigheter. Mange trekker også frem individualterapiens struktur med kjede- og løsningsanalyser.

Ved avslutning av RO DBT rapporterer de fleste av ungdommene om symptomreduksjon, økt mestring og bedre sosiale relasjoner. Flertallet som har fullført RO DBT, har blitt vurdert å kunne avslutte behandling ved BUPA. For pasienter som ikke har blitt avsluttet ved BUPA etter gjennomført RO DBT, tror vi deltakelsen kan ha gjort dem mer tilgjengelige for videre behandling. Det kan skyldes økt mestring i forbindelse med at de har deltatt i ferdighetsgruppe sammen med andre, og større åpenhet i relasjoner.

Oversikt over den tilpassede ungdomsmodellen

- Radikal åpenhet – Den fleksible hjernen DEF
- Å forstå følelser
- Aktivering av sosial trygghet og loving kindness-meditasjon
- Følelsenes funksjon og Den fleksible hjernen DEEP
- Mindfulness – Overkontrollerte sinnstilstander
- Mindfulness – Observere, beskrive og delta uten planlegging
- Å gjøre nye ting – Den fleksible hjernen VARIES
- Sosiale signaler er viktig!
- Skam og avvísning – Den fleksible hjernen SAGE
- Mindfulness – Selvrefleksjon
- Mindfulness – Streng fordømmelse, fokusert oppmerksomhet og effektiv med ydmykhet
- Indirekte kommunikasjon – Den fleksible hjernen REVEAL og ROCK ON
- Selvhevdelse – Den fleksible hjernen PROVES
- Vennskap og intimitet – MATCH + 1 og Den fleksible hjernen ALLOWS
- Validering – Å signalisere sosial inkludering
- Å lære fra tilbakemeldinger – Den fleksible hjernen ADOPTS
- Misunnelse og harme – Den fleksible hjernen DARES
- Kynisme og bitterhet – Den fleksible hjernen LIGHT
- Tilgivelse – Den fleksible hjernen HEART
- Integreringsuke

Merknad. Ferdighetsgruppa har 20 samlinger med egne tema og hjemmeoppgaver.

Vi har ikke hatt systematisk evaluering med omsorgspersoner, men har fått tilbakemeldinger i forbindelse med behandlingsevalueringer og informasjonsmøter. Mange hadde allerede før behandling et bevisst forhold til at ungdom med overkontrollert mestringsstil ikke trenger å pushes til å jobbe hardere. Flere har fortalt at de har fått øynene opp for hva de signaliserer gjennom egen atferd i form av høye krav til seg selv og det å sjelden slippe av og gjøre ting bare fordi det er gøy.

I løpet av pilotprosjektperioden kartla vi årsaker til frafall fra RO DBT og fant at nesten halvparten av pasientene falt fra. De vanligste årsakene var fravær fra skole, forverring av spiseforstyrrelse og behov for overføring til høyere behandlingsnivå, at behandlingsopplegget var for omfattende med tanke på ungdommens vansker, og at behandlingen ikke opplevdes som nyttig. Vi har på bakgrunn av kartleggingen justert inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Nå er langvarig døgninnleggelse (over fire uker) et eksklusjonskriterium, og det at man har forsøkt standard behandling i poliklinikken før henvisning til DBT, er et inklusjonskriterium. Vi har også flyttet ferdighetsgruppa til slutten av arbeidsdagen for å redusere skolefraværet.

Hvordan gikk det med Iben og Alex?

Vi vil avslutningsvis vende tilbake til våre fiktive kasuistikker og gi noen eksempler på arbeid med sosiale signaler og RO DBT-ferdigheter.

Iben jobbet med maladaptive sosiale signaler knyttet til det å være engstelig, som å unngå risiko, la andre velge for seg, snakke lavt og sitte sammenkrøpet. Dette ble koblet til Ibens verdier og hvordan hen ønsker å være: en som står utenfor, eller en som deltar? Det ble jobbet med aktivisering av sosial trygghet og rollespill i timen, der Iben øvde på å velge, ta mer plass og snakke høyere. Den fleksible hjernen VARIEs, som handler om å øve opp evne til å gjøre nye ting, var sentral. Iben startet med mindre endringer, som å ha håret på en annen måte en hen pleide, før hen utfordret seg selv til å prøve nye ting som hadde med spising å gjøre. Iben hadde også nytte av ferdigheter for å bli mer selvhevdende (Den fleksible hjernen PROVEs) og for å etablere og øke intimitetsnivå i sosiale relasjoner (MATCH + 1).

I Alex' behandling var fokus i de første timene på å stoppe selvskading og selvmordstanker, som ble forstått i et sosialt signaliseringsperspektiv. Det ble tematisert hvordan livstruende atferd samsvarer med sentrale verdier og målsettinger, som å ta ansvar for seg selv, ta universitetsutdannelse og stifte familie. Å surfe på trangen, en mindfulnessferdighet som handler om å legge merke til tanker, følelser og impulser uten å handle på dem, var sentral, og terapeuten oppfordret Alex til å bruke den høye impulskontrollen til å motstå selvskadingstrangen. Sentrale maladaptive sosiale signaler var å avslå tilbud om hjelp, late som ting går greit, og si nei til sosiale invitasjoner. Gjennom bruk av oppmerksomhetskontinuum, en mindfulnessferdighet for å beskrive med integritet, øvde Alex på å legge merke til og sette ord på hva hen tenkte og følte, og å dele mer åpent med andre. Ferdigheter for å kunne dele sårbarhet og signalisere i tråd med egne verdier (Den fleksible hjernen DEEP) var også viktige. Det ble dessuten jobbet med å finne måter å slappe av og gjøre «uproduktive ting», som å prioritere sosiale aktiviteter eller å lese en god bok for underholdningens skyld og ikke bare for å lære noe (Den fleksible hjernen VARIEs).

Avsluttende refleksjoner

Våre erfaringer er at RO DBT er en gjennomførbar behandling i poliklinikk for ungdom i Norge, og at flertallet av de som gjennomfører, har oppnådd symptomreduksjon og økt nærhet og åpenhet i relasjoner.

RO DBT har gitt oss konkrete ferdigheter til å kunne arbeide med ungdom som deler lite om hva de tenker og føler

Vi opplever at RO DBTs vennlige og lekne terapeutstil, i kombinasjon med fokus på sosiale signaler og konkrete ferdigheter, gir oss en annen inngang i møte med ungdom med en overkontrollert mestringsstil. RO DBT har gitt oss konkrete ferdigheter til å kunne arbeide med ungdom som deler lite om hva de tenker og føler, og som kan ha en indirekte, unnvikende eller avvisende kommunikasjonsstil. Vi har erfart at det å selv bruke RO DBT-ferdigheter i eget liv har vært essensielt for å ta dem i bruk og lære dem bort i behandlingen.

RO DBTs transdiagnostiske fokus gjør den til et godt supplement til eksisterende behandlingsmetoder for ungdom. Det utfyller DBT ved behov for intensivt og spesifikk behandling for selvskading og/eller selvmordsatferd når ungdommen har en overkontrollert stil. Vår erfaring er at RO DBT har bidratt til positive endringer hos ungdom som har vært i siste fase av FBT for anorexia nervosa, og vi har inntrykk av at arbeid med perfeksjonisme, rigiditet og det å uttrykke følelser har vært sentralt for endring for disse ungdommene.

RO DBT har gitt oss konkrete ferdigheter til å kunne arbeide med ungdom som deler lite om hva de tenker og føler

Som beskrevet har vi etter erfaringer i pilotperioden gjort tilpasninger for å redusere frafall fra behandlingen. Vi tror at noe av frafallet også skyldes uoppdagede alliansebrudd, og dette er et område for videreutvikling av våre ferdigheter som RO DBT-terapeuter.

Til tross for at vi tidlig byttet til et undervisningsmateriale tilpasset ungdom, får vi fortsatt tilbakemeldinger om at materialet og ferdighetene kan være vanskelige å forstå. Vi ser derfor frem til publiseringen av en egen ungdomsmanual med eksempler og språk som er mer tilpasset ungdom (Lynch et al., under utgivelse).

Våre erfaringer rimer med resultatene fra studien av RO DBT tilpasset for ungdom ved Maudsley hospital (Baudinet et al., 2021), som beskriver RO DBT som en lovende tilnærming. Imidlertid er det behov for videre utprøving av metoden og effektevalueringer i store, kontrollerte undersøkelser.

Merknad. KH har deltatt i RO DBT scholar program hos The Radically Open Institute

Referanser

- Baudinet, J., Simic, M., Griffiths, H., Donnelly, C., Stewart, C. & Goddard, E. (2020). Targeting maladaptive overcontrol with radically open dialectical behaviour therapy in a day programme for adolescents with restrictive eating disorders: an uncontrolled case series. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00338-9>
- Baudinet, J., Stewart, C., Bennett, E., Konstantellou, A., Parham, R., Smith, K., Hunt, K., Eisler, I. & Simic, M. (2021). Radically open dialectical behaviour therapy adapted for adolescents: a case series. *BMC Psychiatry*, 21(1), 462. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03460-3>
- Boone, R.T. & Buck, R. (2003). Emotional Expressivity and Trustworthiness: The Role of Nonverbal Behavior in the Evolution of Cooperation. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27, 163–182. <https://doi.org/10.1023/A:1025341931128>
- Chen, E.Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T.A., Gallop, R., Linehan, M.M., Bohus, M. & Lynch, T.R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa – A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123–132. <https://doi.org/10.1002/eat.22360>
- Convertino, A.D. & Blashill, A.J. (2022). Psychiatric comorbidity of eating disorders in children between the ages of 9 and 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 519–526. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13484>
- Cornwall, P.L., Simpson, S., Gibbs, C. & Morfee, V. (2021). Evaluation of radically open dialectical behaviour therapy in an adult community mental health team: effectiveness in people with autism spectrum disorders. *BJPsych Bulletin*, 45(3), 146–153. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.113>
- Datta, N., Matheson, B.E., Citron, K., Van Wye, E.M. & Lock, J.D. (2023). Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(2), 159–170. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2109650>
- English, T. & John, O.P. (2013). Understanding the social effects of emotion regulation: the mediating role of authenticity for individual differences in suppression. *Emotion*, 13(2), 314–329. <https://doi.org/10.1037/a0029847>
- Gilbert, K., Hall, K. & Codd, R.T. (2020). Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Social Signaling, Transdiagnostic Utility and Current Evidence. *Psychology Research & Behavior Management*, 8(13), 19–28. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S201848>
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

- Isaksson, M., Ghaderi, A., Ramklint, M. & Wolf-Arehult, M. (2021). Radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa: A multiple baseline single-case experimental design study across 13 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 71, 101637. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101637>
- Keogh, K., Booth, R., Baird, K., Gibson, J. & Davenport, J. (2016). The Radical Openness Group: A controlled trial with 3-month follow-up. *Practice Innovations*, 1(2), 129–143. <https://doi.org/10.1037/pri0000023>
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lynch, T.R. (2018a). *Radically open dialectical therapy. Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Lynch, T.R. (2018b). *The Skills Training Manual for Radically Open Dialectical Behavior Therapy: A Clinician's Guide for Treating Disorders of Overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Lynch, T.R., Gilbert, K., Simic, M. & Baudinet, J. (under utgivelse). *The Radically Open Dialectical Behavior Therapy Workbook: Skills to Help You Overcome Depression, Anxiety, Loneliness, Perfectionism & Other Disorders of Overcontrol*. New Harbinger.
- Lynch, T.R., Gray, K.L. & Hempel, R.J. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-293>
- Lynch, T.R., Hempel, R.J., Whalley, B., Byford, S., Chamba, R., Clarke, P., Clarke, S., Kingdon, D., O'Mahen, H., Remington, B., Rushbrook, S.C., Shearer, J., Stanton, M., Swales, M., Watkins, A. & Russell, I.T. (2020). Refractory depression – mechanisms and efficacy of radically open dialectical behaviour therapy (RefraMED): findings of a randomised trial on benefits and harms. *British Journal of Psychiatry*, 216(4), 204–212. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.53>
- Mauss, I.B., Shallcross, A.J., Troy, A.S., John, O.P., Ferrer, E., Wilhelm, F.H. & Gross, J.J. (2011). Don't hide your happiness! Positive emotion dissociation, social connectedness, and psychological functioning. *Journal of Personality and Social psychology*, 100(4), 738–748. <https://doi.org/10.1037/a0022410>