

Unified Protocol: Ett besök hos Barlows forskarteam i Boston

Tre psykologer från Interagera Psykologi gjorde en lärarstudieresa till Boston för att ta del av hur David Barlows team arbetar kliniskt med transdiagnostisk behandling utifrån Unified Protocol.

Text: Mats Jacobson

Foto: Privat



Mats Jacobson är leg. psykolog, leg. psykoterapeut, mindfulnessinstruktör, medlem i MINT-nätverket av MI-utbildare och -handledare samt en av grundarna av Interagera Psykologi där han arbetar med psykologisk behandling, handledning och utbildning.

En utveckling vi ser inom hela psykioterapifältet och även inom KBT just nu är integration och ett fokus på känslor och känslomässigt undvikande. Unified Protocol är ett exempel. Efter att ha haft handledning i UP av David Barlows team vid CARD i Boston på ett par patientbehandlingar fick jag möjlighet att besöka dem på plats för att ta del av deras kliniska arbete. Till slut blev vi en liten grupp psykologer som åkte dit för att lära oss mer om UP och få ta del av deras senaste forskning: jag själv, Erik Nilsson och Karin

Fokus är på att hjälpa patienten att utveckla mer funktionella sätt att reglera sina känsloupplevelser.

Hammarstrand från Interagera Psykologi. Det blev ett par våtbastuvarma dagar i Boston, där det var skönt att emellanåt få vara inomhus och njuta av luftkonditionering, workshops och personligt möte med några av de ledande företrädarna för UP. Det vi var mest intresserade av var att få se mer av hur de arbetar kliniskt med transdiagnostisk behandling utifrån UP. I de åtta behandlingsmodulerna i UP ingår element

från alla de tre vågorna av KBT – hur funkar detta i praktiken, och var lägger de tonvikten i behandling?

“Vad som är nytt med UP är inte modulerna, utan hur vi conceptualiserar känslomässiga störningar”, slog Barlow fast. Känslor är i grunden funktionella,

och det är denna funktion man alltid kommer tillbaka till i UP. Han knöt an till DSM-V som släpptes i våras, och hävdade att DSM-IV förmodligen var höjdpunkten på vad han kallade “den särskiljande ansatsen” inom psykologin.

Han menade att man varit tvungen att fenomenologiskt beskriva olika diagnoser och särskilja dem, dels för att vara överens om vad man pratade om när man diskuterade olika patienters problem, och dels eftersom man när DSM-IV sammanställdes inte kunde komma överens om hur man teoretiskt skulle förstå dessa problem. Förhoppningen var att när det var dags att sammanställa DSM-V skulle forskningen

ha kommit så långt, att man kunde vara bättre överens om de underliggande orsakerna till olika diagnoser och beskriva dem. Så har emellertid inte blivit fallet med DSM-V, eftersom man fortfarande inte är överens om de underliggande orsakerna.

”UP är vårt försök att beskriva och behandla de gemensamma underliggande processer som ger upphov till alla de känslomässiga störningarna, baserad på bästa tillgängliga forskning från en rad olika vetenskapsfält”, fortsatte Barlow. Han menade att forskningen faktiskt kommit så långt att detta börjar bli möjligt, och hoppades att i en snar framtid även kunna knyta dessa psykologiska forskningsresultat ännu bättre till den neurobiologiska forskningen.

“Kanske är det så att när vi behandlar de olika ångeststörningarna, depression och även en del personlighetstörningar så behandlar vi egentligen det vi förut brukade kalla “neuroticism”, som fått olika uttryck beroende på patientens livsmiljö och den specifika inlärning patienten gjort. Vi tror också att temperament och personlighet är mycket mer förändringsbara genom behandling än vad man tidigare antagit.”



Forskarteamet vid CARD i Boston, med David Barlow och James Boswell i mitten.

Barlow refererade här till vad de inom UP kallar den trefaldiga sårbarhetsteorin, som ser de känslomässiga störningarna som ett resultat av en samverkan mellan en generell biologisk sårbarhet (mer specifikt det temperamentsdrag

neuroticism, negativ affekt, eller beteendemässig inhibering), tidiga livshändelser som kan ge upphov till en generell psykologisk sårbarhet, och den specifika inlärning individen gjort i samband med ångest och nedstämdhet.

“Vi tror att alla de känslomässiga störningarna är mindre variationer på hur detta bredare underliggande syndrom manifesteras.”

Det är dessa underliggande transdiagnostiska processer UP försöker behandla genom en flexibel tillämpning av behandlingsmoduler hämtade från alla de tre vågorna av KBT. Fokus är på att hjälpa patienten att utveckla mer funktionella sätt att reglera sina

känsloupplevelser, och var och en av modulerna används systematiskt för att hjälpa patienten att uppnå detta.

“En konsekvens av detta synsätt är att vi förändrat vår förståelse av det verk-

Vad man egentligen exponerar för är inte ett yttre stimuli, utan den känsloreaktion som väcks hos patienten av detta stimuli.

samma både i exponering och i kognitiv omvärdering”, fortsatte Barlow. Han menade att det verkliga i exponering inte förklaras tillräckligt väl av habitueringsparadigmet, utan att det är en komplex och aktiv inlärningssituation som genom ett samspel mellan kognitiva, emotionella och relationella faktorer kan skapa bestående förändringar både i patientens upplevelse, beteende och hjärnfunktion.

Vad man egentligen exponerar för är inte ett yttre stimuli, utan den känsloreaktion som väcks hos patienten av detta stimuli. Det innebär att allt som väcker patientens känslor kan utnyttjas vid behandling eftersom det framför allt är hur patienten hanterar denna känsloreaktion som är intressant, och

Barlow uppmanade till kreativitet här. Både situationell känslomässig exponering, imaginär exponering och introceptiv exponering används, och ofta i kombination för att förstärka effekten. Den introceptiva exponeringen (som är en egen modul i UP) används för att fördjupa det somatiska upplevandet av känslor, vid ångestproblem men också vid depression, och här demonstrerade Barlows team hur de bland annat använder viktbalten för att framkalla känslan av tyngd och energilöshet vid depression!

Kognitiv omstrukturering används både som en motivationshöjande intervention för att öka patientens villighet att utforska en exponeringssituation och för att förstärka och generalisera inlärningseffekten efter exponeringen. Det är viktigt att skilja mellan kognitiv omvärdering, där individen utifrån sin direkta erfarenhet korrigerar sin förståelse av en situation, och rationalisering, där individen omtolkar sin situation med syftet att undvika känslor, utan hänsyn till om tolkningen har stöd i erfarenheten. Intressant nog har denna betydelsefulla åtskillnad, som ofta manifesterar sig kliniskt, knappast beforskats alls. Barlow hoppades dock



James Boswell och Dawid Barlow.

att detta skulle ske i framtiden, vilket både skulle kunna vara till stor hjälp kliniskt och lösa upp många skenbara teoretiska motsättningar.

“Väldigt många psykologiska behandlingar har mycket gemensamt, av den anledningen att de alla försöker behandla underliggande faktorer som är gemensamma. I UP försöker vi att integrera behandlingsmetoder som återkommande visat sig effektiva i forskning, och tillämpa dem systematiskt utifrån vår fördjupade förståelse av känslor och känsloreglering.”

I de exempel från det kliniska arbetet som vi fick ta del av är det tydligt att fokus ständigt kommer tillbaka till den direkta upplevelsen av känslor i kroppen. Patienten får lära sig att uppmärksamma de tankar och känslostyrda beteendepul-

Medveten närvaro går som en röd tråd genom behandlingen.

ser som kommer med känsloupplevelsen. Men patienten tränas i att inte agera på dem utan stanna kvar med kroppsupplevelsen tills känslointensiteten

regleras. Medveten närvaro går som en röd tråd genom behandlingen. Behandlarna är noga med att få med både de kognitiva, de somatiska och de beteendemässiga aspekterna i exponeringen. Exponering sker inte bara vid de strukturerade exponeringsövningarna, utan behandlarna försöker utnyttja varje tillfälle då patienten har en känsloupplevelse för att hjälpa henne att stanna kvar med känslan och ta perspektiv på sin upplevelse. Efter exponeringen hjälper behandlaren patienten att omvärdera sina föreställningar om känslors farlighet genom att reflektera över sin erfarenhet.

I klinisk praktik integrerar UP olika KBT-tekniker flexibelt, utan någon motsättning mellan t ex kognitiv omstrukturering och interventioner som syftar till att ta perspektiv på själva tanke- och känslprocessen (defusion). Flera av modulerna syftar till att förbereda patienten för exponeringen genom att systematiskt träna färdigheter som ökar patientens förmåga till konstruktiv affektreglering. Förskjutningen i fokus från exponering för ångestväckande stimuli till hur patienten förhåller sig till sina känsloupplevelser, innebär att exponeringsteknikerna i UP är mycket varierande; och här sker en kreativ utveckling särskilt av de introceptiva exponeringsteknikerna. UP utvecklas också i ljuset av nya forskningsresultat, så vi får säkert anledning att återkomma för en uppdatering längre fram – men då förhoppningsvis vid en svalare årstid!