

## Hur hjälper jag patienten känsloreglera sig för bäst effekt vid exponering?

**Exponeringsbaserad KBT är den bäst beforskade behandlingen för ångestproblematik och har mycket god evidens. Exponering är sannolikt också en viktig verksam princip för flera andra behandlingsmetoder med växande forskningsstöd, även om de inte utgår från KBT-teori. Som exempel kan nämnas EMDR, och även ISTDP och andra psykodynamiska behandlingsmetoder som fokuserar på affekt. Men hur hjälper jag patienten att reglera sina känslor så att hen varken överväldigas av eller undviker sin ångest, utan stannar kvar inom det “fönster” där exponering har bäst terapeutisk effekt? Mats Jacobson från Verksam Psykologi visar hur vi kan använda känsloregleringsstrategier från de olika modulerna i Unified Protocol för att öka patientens förmåga att dra nytta av exponeringsbaserad behandling.**

En av de viktigaste faktorerna att bedöma hos en patient inför exponeringsbaserad behandling är patientens *ångesttolerans*. Ju bättre ångesttolerans patienten har, desto kortare behandlingstid krävs, och desto mer klarar patienten utan att vi behöver hjälpa till att affektreglera. För patienter med lägre ångesttolerans kan vi behöva lägga mer tid på färdighetsträning av olika känsloregleringsstrategier, kanske också sätta en mer modest målsättning, och ibland acceptera mer säkerhetsbeteenden hos patienten under exponeringen.

*Hur bedömer jag ångesttoleransen?* Ett par kliniska tumregler är:

- \* Hur ser patientens aktuella livssituation ut? Finns stöd i form av socialt nätverk, fungerande arbetssituation, fungerande kärleksrelation etc. eller saknar patienten stöd och kanske har pågående svårigheter inom ett eller flera av dessa områden? Behöver vi hjälpa patienten att stabilisera sin livssituation och öka stödet i relationerna för att klara en exponeringsbaserad behandling?
- \* Hur har patienten tidigare känsloreglerat sig vid påfrestning? Givetvis är en tidigare anamnes av dysfunktionella känsloregleringsstrategier som missbruk, självskada, suicidförsök etc. ett tecken på att personen behöver mer hjälp med adekvat känsloreglering.
- \* Kan patienten beskriva sitt problem konkret och tydligt, eller är beskrivningen vag och global? En svårighet att beskriva sitt problem tyder på svårigheter med att ta perspektiv på och observera sig själv, och indikerar att vi behöver träna dessa grundläggande känsloregleringsfärdigheter.
- \* Gör ett beteendetest genom att prata om det ångestväckande, och hålla kvar temat samtidigt som du varsamt hindrar patienten att göra det hen brukar göra för att undvika känslorna som väcks. Detta innebär att vi gör en försiktig exponering

med responsprevention. Hur reagerar P på detta i rummet, och hur reagerar P på detta som hemuppgift?

Hur patienten reglerar sin ångest avgör vilka känslofärdigheter vi behöver hjälpa klienten träna, och hur vi skall gå till väga för att maximera effekten av en exponeringsbaserad behandling. Vi kan använda verktyg från alla de åtta modulerna i UP för detta. Modulupplägget i UP syftar till att skapa en principstyrd, flexibel behandling där de ingående delarna samverkar och förstärker varandra.

### *Motivation*

Den första modulen i UP fokuserar på att öka motivationen till behandling och den terapeutiska alliansen kring mål och medel. De flesta patienter är villiga att utsätta sig för hög ångest under en tid för att få bättre livskvalitet på sikt, och den terapeutiska hävstången i denna villighet skall inte underskattas. I UP lägger vi tid på att hjälpa patienten se hur det de gjort hittills för att bli av med svåra känslor upprätthållit symtomen, och vi bryter ner förändring i hanterbara, konkreta steg. Vi brukar säga att motivation består av vilja plus upplevelse av förmåga. Forskning visar att motivationshöjande insats före behandling utifrån MI, Motiverande samtal som ingår i den första modulen i UP, förstärker effekten av KBT behandling och minskar dropoutrisken.

Under hela behandlingen återkommer vi till villigheten att ha även svåra känslor för att kampen med känslor inte skall komma ivägen för det som är viktigt för oss i livet. Vi visar också hur de känsloregleringsstrategier vi tränar i UP kan öka förmågan att ta hand om svåra känslor, så att de inte blir lika svåra längre.

### *Känslskolan*

Den andra modulen i UP kallar vi ibland "känslskolan". Den syftar till att hjälpa patienten att ta perspektiv på sin känsloregleringsprocess. Att identifiera och sätta ord på en känslor, och att dela upp känslprocessen i vad som sätter igång en känsla (trigger), tankar, kroppsupplevelser, känslostyrda beteenden samt korta och långa konsekvenser, hjälper patienten att se sin känslprocess lite utifrån. Vi kallar en sådan funktionell analys ARK i UP. Detta är effektivt känsloreglerande genom att det ger ökad känsla av sammanhang och upplevelse av agens: vad jag gör påverkar hur det blir. Forskning visar att psykoedukation i sig förbättrar symtom.

ARK är en av de viktigaste känsloregleringsfärdigheterna i UP. Den skapar ett gemensamt språk för terapeut och patient, som vi använder för att vägleda patienten under exponeringen. Om patienten överväldigas av ångest sätter vi ord på det som händer och hjälper patienten ta perspektiv med en ARK, så att patienten stabiliseras.

### *Medveten närvaro*

Den tredje modulen i UP är medveten närvaro och detta är en grundfärdighet i UP. I känslskolan hjälpte vi patienten att "i backspeglarna" ta perspektiv på sin

känslprocess. Syftet med medveten närvaro är att hjälpa patienten att lägga märke till sin känslprocess *här* och *nu*, medan den sker. På så sätt återfår patienten också sin valfrihet: istället för att reagera automatiskt på det som väcker känslor, återtar patienten förmågan att *välja* förhållningssätt till sina känslor och upplevelser.

En av de viktigaste mindfulnessövningar vi använder i UP kallas Trepunktskontroll och den innebär att i nuet lägga märke till tankar, kroppsupplevelser och impulser till känslostyrda beteenden, samt att identifiera vilken känsla de är förknippade med. Vi använder också Andningsankaret och andra klassiska övningar från MBSR och liknande evidensbaserade mindfulnessprogram.

Medveten närvaro är en förutsättning för exponering: om man inte är uppmärksam närvarande under exponeringen kan man inte lära sig någonting av den, och den kommer då inte ha någon effekt. Genom att vi innan har tränat denna färdighet, kan vi under exponeringen instruera patienten att vara medvetet närvarande och hjälpa patienten rikta sin uppmärksamhet för optimal effekt av exponeringen.

I träningen av medveten närvaro lär vi också ut akuta känsloregleringsstrategier som att stanna kvar med kroppsupplevelsen av en känsla istället för att försöka få kontroll över den genom kognitiva strategier som tröstetankar, orostankar, depressivt grubblande eller aggressivt ältande. Vi kan också använda andningsankaret och betoning av utandningen som ett sätt att samla sig själv om känslorna är riktigt svåra (samtidigt som vi är uppmärksamma på att inte låta detta bli ett säkerhetsbeteende). Båda dessa strategier kan användas under exponeringen för att stabilisera patienten och öka behandlingseffekten.

### *Kognitiv flexibilitet*

Den fjärde modulen i UP syftar till att hjälpa patienten ta perspektiv på sina tolkningar av olika ångestväckande situationer. Viktigast är att identifiera vad patienten är mest rädd för i situationen, och vilken känsloupplevelse patienten är mest rädd att inte klara av. Att sätta ord på och tydliggöra rädslan är känsloreglerande i sig (Kircanski et al 2012).

Michelle Crasques forskning om det verksamma i exponering (Craske et al 2014) får som konsekvens att de kognitiva interventionerna i UP används lite annorlunda än i traditionell KBT. Syftet med att klargöra vad patienten är mest rädd för innan exponeringen är främst att tydliggöra vad vi skall exponera för. Vi vill skapa en exponeringssituation som så mycket som möjligt liknar det patienten är mest rädd för, så att patientens katastrofförväntan kan falsifieras och nyinläring kan ske.

Att ta perspektiv på sina katastroftankar genom att uppmärksamma att de "bara" är tankar och att andra tolkningar också är möjliga, är effektivt känsloreglerande. Detta kan användas innan exponering för att öka motivationen att våga pröva om det värsta verkligen kommer att hända - ingen med förnuftet i behåll utsätter ju sig för detta om man verkligen till 100% är övertygad om att det kommer sluta katastrofalt.

Samtidigt kan det vara *för* effektivt om vi gör denna intervention omedelbart innan exponering. Under exponeringen vill vi aktivera katastrofförväntan så att nyinlärning kan ske. Om vi *för* effektivt omtolkar situationen så att patientens riskupplevelse minskar aktiveras inte rädslominnet, och då kan inte nyinlärning kring det ske. Därför bör vi *inte* lyfta fram alternativa tolkningar av situationen omedelbart innan eller under exponeringen. Då vill vi istället *öka* katastrofförväntan genom att påminna om de katastrofscenarier patienten fruktar mest.

Kognitiva interventioner som lyfter fram alternativa tolkningar används istället i huvudsak *efter* exponeringen. För att förstärka nyinlärningen och ge fler minnesspår till den nya erfarenheten att det katastrofala *inte* behöver hända sätter vi i efterhand ord på det vi prövade genom frågor som: Hände det du var rädd för? Hur vet du det? Vad lärde du dig?

### *Känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden*

I den femte modulen i UP tydliggör vi de dysfunktionella känslomässiga undvikandestrategier och känslostyrda beteenden som patienten hittills använt för att reglera känslor. Syftet är att hjälpa patienten att uppmärksamma dem och minska användandet av dem - att "undvika att undvika". Detta är klassisk responsprevention. Särskilt viktigt är att identifiera inre undvikanden eftersom dessa inte är lätta att observera utifrån, och svårare för terapeuten att uppmärksamma under exponeringen.

Vi tydliggör också alternativa beteenden patienten kan pröva för att bredda sin beteendepertoar och få nya erfarenheter. Den tumregel vi använder är att "agera tvärtemot känslan", dvs att göra tvärtemot de känslostyrda beteenden patienten tidigare använt för att undvika svåra känslor. Detta innebär att patienten istället exponeras, och kan lära sig nya känsloregleringsfärdigheter.

Genom att skapa ett gemensamt språk för patientens typiska undvikanden och känslostyrda beteenden har terapeuten möjlighet att effektivare vägleda patienten genom exponeringen för optimal effekt.

### *Introceptiv exponering*

Den sjätte modulen i UP är introceptiv exponering för kroppssensationer förknippade med ångest. Barlow började först använda introceptiv exponering vid behandling av panikångest, där dessa kroppsupplevelser är tydliga triggers. Nyare forskning visar att undvikandet av ångestväckande kroppssensationer också är en viktig faktor vid andra ångesttillstånd samt vid depression, och processforskning på UP visar att symtomen minskar när denna modul introduceras.

Inlärningsmålet i denna modul är att uppmärksamma att dessa kroppsupplevelser kan vara obehagliga, men att det inte nödvändigtvis betyder att de är farliga. Denna modul är också en del av den stegvisa exponering som sker genom modulernas följd i UP. Genom att avgränsat fokusera på exponering för

kroppsupplevelser och öka patientens upplevelse av att kunna hantera dem, kan man lättare i nästa steg genomföra mer sammansatt situationsbaserad exponering.

### *Situationsbaserad känslomässig exponering*

Det är i denna sjunde modul som alla de tidigare modulerna i UP samverkar. Genom att patient och terapeut har ett gemensamt språk och patienten har tränat känsloregleringsfärdigheterna i de tidigare modulerna kan vi lättare genomföra en optimal exponering. Vi har klarlagt *vilka* känslor patienten typiskt har svårt att reglera konstruktivt, vad som triggat dessa känslor, och vad patienten är mest rädd för skall hända. Därmed vet både terapeut och patient exakt vad vi skall exponera för.

Målet är att falsifiera patientens katastrofförväntan. Vi vill skapa och förstärka en ny inläring: att det värsta inte behöver hända, eller att patienten kan hantera känslorna om det värsta faktiskt händer. För att kunna påverka denna förväntan måste den aktiveras. Dessutom måste patienten också lägga märke till att katastrofförväntan inte inträffar, och att den inre arbetsmodellen därför behöver förändras.

Detta innebär att vi har ett optimalt "fönster" där exponering är terapeutiskt verksamt. Patienten bör vara genuint rädd att det värsta skall hända, så att rädslominnet är aktiverat. Samtidigt bör patienten inte vara så överväldigad av sin rädsla att hen inte kan tänka eller klara av att uppmärksamma det som sker, för då kan givetvis ingen nyinläring ske.

### *Känsloreglering för optimal exponering*

Hur märker vi då om patienten är inom detta terapeutiska "fönster", och när patienten är under- eller överaktiverad? Här får vi falla tillbaka på klinisk erfarenhet.

Ett enkelt sätt att organisera erfarenhetsbaserade bedömningar av patientens ångesttolerans under exponering är utifrån de klassiska ångestreaktionerna kamp, flykt, och spela död.

### **Inom optimalt exponeringsfönster: Kamp och Flykt**

Om patienten under exponeringen reagerar huvudsakligen med de kroppsliga reaktionerna förknippade med kamp eller flykt, samt kan observera sina egna känsloreaktioner och vad som triggat dem, är hen inom det optimala fönstret för exponering. Då är det bara att fortsätta med exponeringen. Ångesten och det kroppsliga påslaget kan vara mycket högt, och ångesten behöver inte heller gå ner under sessionen (Craske et al 2014), så länge patienten med dessa tecken visar att hen är inom exponeringsfönstret.

Fig. 1

Kroppsliga tecken på kamp/flykt	Kognitiva tecken på självobserverande förmåga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andningen snabbare, ytligare, drar efter andan, håller andan, hyperventilerar</li> <li>• Sväljer, slickar sig om munnen, biter ihop käkarna</li> <li>• Knyter händer, spänner muskler i armar, axlar, ben, stel i kroppen, händerna darrar</li> <li>• Rastlös i kroppen, trummar med fingrarna, sparkar med foten</li> <li>• Scannar rummet med blicken, blinkar, uppspärade ögon</li> <li>• Rodnar i ansiktet</li> <li>• Klagar över att inte få luft, hjärtat bultar, känner sig darrig, yr, svettig, knyter sig i magen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan vid påpekande observera och beskriva sina känslor i situationen och vad som väcker dem</li> <li>• Kan vid påpekande observera och beskriva katastroftankar i situationen</li> <li>• Kan vid påpekande observera och beskriva kroppsupplevelser i situationen</li> <li>• Kan vid påpekande observera och beskriva impulser till känslostyrda beteenden i situationen</li> <li>• God allians med terapeut kring mål och medel</li> </ul>

### *Känslo- och motivationsstrategier för att hjälpa patienten stanna kvar i exponeringen*

Patienter med hög känsloregleringsförmåga behöver vi ofta inte hjälpa så mycket under exponeringen. För att motivera patienten att stanna kvar i en exponering trots hög ångest gör vi tydligt att det hela tiden är patientens val att fortsätta, men att det är olämpligt att avbryta en exponering i förtid eftersom detta riskerar att förstärka rädslan och förvärra symtomen. Den viktigaste motivationsinterventionen är helt enkelt validering och positiv förstärkning ("Det är modigt av dig att stanna kvar med detta trots att det är så skrämmande").

Om ångesten gränsar mot vad patienten klarar av kan vi hjälpa patienten känsloreglera sig genom mindfulnessinstruktioner som Trepunktskontroll och Andningsankaret med fokus på utandningen.

Under hela exponeringen hjälper vi patienten att identifiera undvikandestrategier som tex. kontrollförsök, orostankar, depressivt grubblande, självkritik eller aggressivt ältande (för en fin sammanfattning av den senaste transdiagnostiska forskningen kring repetitiva negativa tankar se Erik Nilssons artikel *här*). Vi hjälper också patienten att uppmärksamma och försöka avstå från trygghetssignaler och känslostyrda beteenden som syftar till att göra sig av med känslor. Istället hjälper vi patienten att genom medveten närvaro om och om igen fokusera sin uppmärksamhet på triggern och den primära känsla den väcker, samt hur detta känns i kroppen.

Efter exponeringen förstärker vi patientens ackomodation och ökar antalet minnescues som leder till den nya erfarenheten genom att följa upp med frågor som: Händet det värsta? Kunde du verkligen inte stå ut med de känslor som väcktes av

detta? Hur vet du det? Vad hände med ångesten när du använde de undvikandestrategier vi uppmärksammade? Vad hände när du var villig att uppleva känslorna, och bara var medvetet närvarande i kroppsupplevelsen? Vad lärde du dig?

### Över optimalt exponeringsfönster: Spela död

Om patienten under exponeringen reagerar med kroppsliga reaktioner förknippade med att spela död-responsen och blir oklar eller svårkontaktbar, är detta tecken på att hen har överskridit fönstret för optimal exponering. Patienten behöver då hjälp med känsloreglering för att återfå sin självobserverande förmåga, så att exponeringen kan leda till nyinläring. Annars riskerar exponeringen tvärtom att förstärka erfarenheten av att inte kunna hantera ångesten, och i värsta fall bli återtraumatiserande.

Fig. 2

Kroppsliga tecken på spela död-respons	Kognitiva tecken på sammanbrott av självobserverande förmåga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andningen långsammare, ojämn</li> <li>• Mimikfattig men avspänd i ansiktet</li> <li>• Slapp i kroppen, passiv, kraftlös</li> <li>• "Benen som gelé", ostadig gång pga bristande spänning i musklerna</li> <li>• Bristande känsel i kroppen</li> <li>• Frånvarande blick, tunnelseende</li> <li>• Klagar över mag-tarm problem (IBS), behöver gå på toa, illamående, kräkningar, migrän</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan inte observera och beskriva sina känslor i situationen och vad som väcker dem, utan somatiserar istället dvs. uppfattar inget samband mellan tankar, känslor och kroppsliga upplevelser</li> <li>• Förvirring, tankeavbrott, dåligt närminne</li> <li>• Dissociation, "dagdrömmar", "försvinner bort", hallucinationer, vanföreställningar</li> <li>• Fientlighet, paranoia, projektiva försvar</li> <li>• Svimmar</li> </ul>

### *Känsloregleringsstrategier för att hjälpa patienten återkomma till ett optimalt exponeringsfönster*

Om patienten uppvisar ovanstående tecken på att ha överskridit ett optimalt exponeringsfönster, bör terapeuten hjälpa till med att känsloreglera genom att:

1) Pausa exponeringen

2) Fånga patientens uppmärksamhet genom att söka ögonkontakt, validera patientens ångest, och säg att du nu kommer visa patienten hur hen kan reglera sin ångest. Vid behov, hjälp patienten återfå kroppskontakt och förhindra dissociation eller svimning genom att spänna kroppen och stampa fötterna i marken.

3) Orientera kort patienten i tid och rum och minska projektiva försvar med en sammanhangsmarkering genom att påminna om vad vi gör just nu (ägnar oss åt exponering), och varför (för att hjälpa dig med dina ångestbesvär).

4) Hjälpt patienten uppmärksamma hur hen känsloreglerar sig *just nu* med en ARK. Detta kan ske muntligt eller på whiteboarden. Fortsätt hjälpa patienten att ta perspektiv på sin känsloregleringsprocess i nuet på detta sätt tills patienten återfår sin självobserverande förmåga och visar kroppsliga och kognitiva tecken på detta.

5) Återgå försiktigt till exponering, tillåt möjligen fler copingstrategier, och var redo att vid behov hjälpa till med känsloreglering igen.

Hos patienter som visat sårbarhet under exponeringen är vi noga med att identifiera och neutralisera eventuell självkritik eller post-mortem grubblande. Särskilt viktigt är att patienten inte skapar ett narrativ av typen "Det blev värre när jag utsatte mig, detta bevisar att jag inte klarar av det". Istället lyfter vi fram att patienten vågade utsätta sig och att vi tillsammans kunde hjälpa patienten känsloreglera sig så att ångesten blev hanterbar.

Här är det extra viktigt att tillsammans med patienten planera hur vi följer upp sessionen genom fortsatt träning av de känslöfärdigheter som hjälpte patienten reglera ångesten konstruktivt, så att patienten alltmer kan förlita sig på sin egen förmåga. Vid behov hjälper vi också patienten att ställa om till nästa aktivitet efter behandlingssessionen innan vi avslutar.

### **Under optimalt exponeringsfönster: Ej medvetet närvarande**

Om patienten under exponeringen inte uppvisar någon påtaglig ångest eller annat kroppsligt uttryck för affekt, och inte heller visar de kroppsliga och kognitiva varningstecknen för att ha överväldigats av exponering och tvingats till en "Spela död"-respons, så innebär det att vi antingen exponerar för fel stimuli eller att patienten alltför framgångsrikt använder inre kognitiva eller uppmärksamhetsreglerande undvikandestrategier.

Vi behöver då reglera *upp* patientens ångest genom att hjälpa patienten fokusera på det ångestväckande, och öka katastrofförväntan genom att påpeka det patienten är rädd för och osäkerheten kring risken för att detta skall inträffa. Vi hjälper också patienten att identifiera och avstå från trygghetssignaler, undvikanden och känslostyrda beteenden som syftar till att hålla från sig känsloupplevelsen.

Fig. 3

Kroppsliga tecken på undvikande	Kognitiva tecken på undvikande
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kroppsliga affektuttryck saknas</li> <li>• Undertrycker uttryck för affekt</li> <li>• Mimikfattig och stel i ansiktet</li> <li>• Blinkar, undviker att titta på det ångestväckande stimuli eller att möta terapeutens blick</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distraherad, icke närvarande i nuet</li> <li>• Ignorerar ångestväckande stimuli</li> <li>• Ignorerar uttryck för ångest och affekt</li> <li>• Tankeundertryckande</li> <li>• Intellektualisering</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affekter kan förekomma men följer inte ett naturligt förlopp (tex. gråter utan att det leder till lättnad, åltar oförätter och eldar upp sig men detta leder inte till förändring). Detta indikerar <i>sekundära</i> känsloreaktioner.</li> <li>• Flack i kontakten</li> <li>• Överdrivet medgörlig</li> <li>• Forcerad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undvikande av känsloladdade bilder</li> <li>• Kontrollförsök genom oro, tröstetankar och sökande av försäkran</li> <li>• Grubblande och åltande kring sekundära känsloreaktioner ("känslor kring känslor") istället för att uppmärksamma det konkreta stimuli som triggat dem</li> <li>• Självkritik</li> <li>• Kontrastundvikande (att hellre ställa in sig på det värsta än att hoppas och riskera att bli besviken)</li> </ul>
---	--

### *Känsloreglingsstrategier för att öka patientens kontakt med ångest och affekt*

Om patienten visar ovanstående tecken på att undvika ångest och affekt, påpekar vi patientens undvikandestrategier och fokuserar patientens uppmärksamhet på det ångestväckande. Vi svarar inte an på patientens ansträngningar att undvika osäkerhet och få försäkran, eller på intellektuella resonemang. Tvärtom understryker omöjligheten att uppnå total säkerhet och att vi inte heller vet vad som kommer hända. Vi svarar inte heller an på patientens sekundära känsloreaktioner eller självkritik, utan riktar tillbaks uppmärksamheten till den konkreta triggern för ångest och de primära känslor som väcktes av den *här* och *nu*. Vi kan också förstärka den känslomässiga kontakten genom att ge målande, affektladdade katastrofbilder.

När patienten visar kroppsliga och kognitiva tecken på att vara i känslomässig kontakt med det ångestväckande och samtidigt har förmågan att observera sina egna känslomässiga reaktioner är vi återigen inne i ett optimalt exponeringsfönster, och kan fortsätta exponeringen i enlighet med det.

### *Vidmakthållande*

Det är viktigt att förstå att om vi lyckas skapa en ny erfarenhet som motsäger det tidigare rädslominnet, så försvinner inte det gamla rädslominnet. Vi "suddar" aldrig i hjärnan, vi kan bara lägga till. Efter en framgångsrik exponering har patienten därför två minnen relaterade till det ångestväckande stimuli: 1) det gamla rädslominnet, där stimuli förutsäger fara, och 2) den nya erfarenheten, att stimuli inte behöver förutsäga fara. Dessa två minnen konkurrerar nu om uttryck nästa gång stimuli presenteras. (Craske et al 2014)

Detta innebär att rädslominnet lättare kan aktiveras igen vid nya negativa erfarenheter, ny stressbelastning i livet, eller bara av att tiden går och de nya erfarenheterna inte förstärks. Vi generaliserar också erfarenheten att något inte är farligt mycket sämre än erfarenheten att något är farligt. Detta har sannolikt haft en överlevnadsfördel - bättre att ta det säkra före det osäkra. Samtidigt innebär det att vi alltid arbetar "i motvind" när vi försöker generalisera nyinläringen i samband med exponering.

Allt detta gör att det är viktigt att patienten efter behandling fortsätter att vidmakthålla behandlingsresultaten, och det är detta den sista modulen i UP syftar till. Här är det lämpligt att vända på rollerna. I de inledande modulerna var vi som terapeuter aktiva, ägnade oss åt rational, psykopedagogik och lärde ut känsloregleringsfärdigheter. Nu är det istället bättre att låta patienten sammanfatta vad hen har lärt sig av behandlingen. Patienten bör kunna beskriva vad som typiskt kan trigga känslor som varit svåra, vad hen brukar tänka, känna och vilja göra då, och hur detta upprätthållit symtom. Patienten skall också kunna beskriva konkreta nya känsloregleringsstrategier att använda istället, och fortsätta träna dem. Vidmakthållandeprogrammet syftar till att påminna om detta.

En viktig metafor är att varje gång patienten får impulsen att undvika ställs hen inför ett vägval: att undvika eller vara villig att närma sig det skrämmande, och patienten bör sträva att träna sig i att våga närma sig. P bör också aktivt fortsätta att utvidga sin beteenderepertoar och träna de nya känsloregleringsstrategier hen lärt sig under behandlingen.