

Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi*

Børge Holden

Sykehuset Innlandet HF, Habiliteringstjenesten i Hedmark

Resymé

Atferdsanalysen startet fra grunnen av. Lenge studerte og behandlet den enklere former for atferd, og var sentral i utvikling av førstegenerasjons atferdsterapi. Atferdsanalysen var imidlertid lite aktiv da kognitiv atferdsterapi oppsto, og hadde lenge en perifer plass i atferdsorientert behandling av intellektuelt normalfungerende folk. Dette er imidlertid endret de siste 20 årene, ikke minst som resultat av Acceptance and commitment therapy (ACT). ACT bygger på nyere atferdsanalytisk forståelse av verbal atferd, eller språk, i hovedsak relasjonell rammeteori (Relational frame theory, RFT). ACT bryter med folkepsykologiske rasjonaler som kognitiv atferdsterapi bygger på, og har originale synspunkter på hvordan psykopatologi oppstår og opprettholdes. Dette fører til egne terapeutiske tilnærminger. Jeg gir litt innføring i RFT og mer innføring i ACT. Jeg sammenligner ACT med andre tilnærminger, og beskriver ACT med hensyn til effekt, hvorfor terapien kan virke, samt noen følger for miljøbasert behandling og barneoppdragelse.

Stikkord: Atferdsanalyse; RFT; Psykoterapi; Acceptance and commitment therapy; Aksept- og forpliktelsesterapi; ACT

“Another day, another way,
somebody’s had too much to think”

Captain Beefheart

Innledning

Atferdsanalysens mål og utvikling

Atferdsanalysen har hentet forskningsidealer fra naturvitenskap. Et viktig ideal har vært å etablere kunnskap gradvis. Selv om grunnforskning den første tiden tok for seg enklere former for atferd hos dyr, var målet å utvikle en vitenskap for kompleks atferd hos verbale mennesker. Skinner skrev i 1938 «at han ikke forventet at folk skulle være interessert i rotter i seg selv. Betydningen av en atferdsvitenskap ligger i muligheten for at den kan utvides til å gjelde mennesker» (s. 441,

*Hjertelig takk til Niklas Törneke og Janiche Dankertsen for nyttige kommentarer.

min oversettelse). Han skrev også at atferdsanalytikere «ikke kan akseptere begrepene 'vilje', 'tenkning', 'intellekt' og så videre, så lenge de handler om en mental verden, men atferden som disse begrepene omfatter er naturligvis en del av hva en atferdsvitenskap skal utforske» (s. 441, min oversettelse). Videre skrev han at «forskjellen som vil komme til syne mellom mennesker og rotter vil, i tillegg til enorme forskjeller i kompleksitet, ligge i verbal atferd» (s. 442, min oversettelse). Atferdsanalysen har for lengst tatt fatt på studiet av kompleks atferd, ikke minst verbal atferd (se bl.a. Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Når det gjelder behandling av kliniske problemer har vi sett tilsvarende progresjon fra det enkle til det komplekse. Tidlig atferdsanalyse gikk ut på å endre grunnleggende miljøbetingelser for å fremme ønsket atferd. Verbale innslag i behandling besto mest i å spesifisere atferden som skulle behandles, hvordan pasienten og hjelpere kunne utføre behandlingen, og å beskrive positive konsekvenser av å endre atferd. Selv om behandling av enklere former for atferd dominerte i starten, var målet å utvikle behandling for alle former for atferd. Det har lenge vært anerkjent at atferdsanalyse er relevant for behandling av problematferd hos mennesker med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser, og ellers der tilrettelegging av miljøet er viktig. Programmer for behandling av atferdsforstyrrelser hos barn og unge, som De utrolige årene, Parent management training, Multisystemisk terapi og Aggression replacement training, bygger i stor grad på atferdsanalytiske metoder som har vært brukt siden 1960-tallet. Atferdsanalysen drøyde imidlertid til 1980-tallet før den tok fatt på ren samtalebehandling av pasienter. Andre psykologiske retninger, som psykoanalyse og psykodynamisk psykologi, ga fra *starten* inntrykk av å forklare selv den mest komplekse atferd, og startet behandling av slik atferd med det samme. I konkurranse med slike retninger fikk en naturvitenskapelig, «fra grunnen av»-strategi alvorlige følger: Atferdsanalysen ble av mange avskrevet som en retning som noen gang kunne forstå og behandle kompleks atferd.

Trinnvis utvikling av atferdsorientert behandling

Utvikling av atferdsorientert behandling kan beskrives i tre trinn (Hayes, 2004a, 2004b; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006): Første generasjon atferdsterapi, på 1950- og 60-tallet, besto av metoder som var basert på respondent og operant betingning. Atferdsterapi og atferdsanalyse var synonymt (se Hayes, 1978). Viktige metoder var eksponering for angstvekkende situasjoner og forsterkning av ønsket atferd. Angst, fobier, tvangslidelse og depresjon, opplæring og behandling av folk med utviklingshemning, autisme og schizofreni, var viktige områder for behandling. *Språk* spilte relativt liten rolle som middel til endring, selv om Joseph Wolpes systematiske desensitivisering var et unntak. Det viktige var endring av atferd gjennom direkte erfaringer. Dette var naturlig nok for grovt i mange sammenhenger. Når folk er verbale og tenker mye om sine problemer, er det rimelig å inkludere dette i behandling. Det var behov for metoder som omfattet språk og kognisjon.

Rundt 1970 oppsto andre generasjon, som besto av kognitiv atferdsterapi (KAT), inkludert kognitiv terapi. Pasientenes språk og kognisjon ble viktigere i behandlingen, i kombinasjon med metoder fra første generasjon. Den kognitive delen av terapien går ikke minst ut på å få pasienten til å tenke mer funksjonelt og rasjonelt, for dermed å endre atferd lettere. Aaron Becks (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) behandling av depresjon er et klassisk eksempel. Forholdet mellom språk, kognisjon og atferd er imidlertid mer basert på sunn fornuft enn på vitenskap. KAT bygger for eksempel ikke på tradisjonell kognitiv psykologi. Jeg ser ikke hva det skulle ha gått ut på, men jeg ser ikke bort fra at mange *tror* at KAT bygger på vitenskap om tenkning, og at dette bidrar til KATs status. En atferdsanalytisk kritikk av KAT er at den

mangler en grundig forståelse av hvordan språk og kognisjon påvirker atferd og at den forutsetter en enkel, mekanistisk modell for dette forholdet (Hayes, 2004a, 2004b).

Tradisjonell KAT er fortsatt viktig. Etter 30 år er det dokumentert at den virker i mange sammenhenger, men det er uklart hvor mye det skyldes kognitive komponenter som er lagt til metodene fra første generasjon. Mye tyder faktisk på at de betyr nokså lite (Dobson & Khatri, 2000). Bl.a. i terapi for depresjon viser det seg at endringer ofte skjer før kognitive elementer har blitt ordentlig presentert (Ilardi & Craighead, 1994). Hva som generelt fører til endring er lite forstått (Burns & Spangler, 2001). Dette tyder på at KATs syn på hvordan tenkning må endres for at endring av annen atferd skal skje, neppe holder helt. Nok en atferdsanalytisk kritikk av KAT er at den er et forråd av teknikker og manualer for en mengde topografisk definerte tilstander, med uklar vitenskapelig basis (Hayes et al., 2006). Prosesser som ligger til grunn for lidelser, og hva lidelser funksjonelt har felles, er lite vektlagt. Grunnforskning brukes lite til å forbedre metoder, og lite tyder på at tradisjonell KAT og grunnforskning nærmer seg (Hayes et al., 2006).

Atferdsanalysen interesserte seg hele tiden for private hendelser, eller tenkning og føling. Likevel utviklet den ikke behandling som omfattet språk og kognisjon på en kompleks måte. Det oppsto et skille mellom atferdsanalyse og KAT. Atferdsanalysen «satt på gjerdet» mens KAT vokste fram, og drev lite med samtalebehandling av «frittgående» pasienter. Den tiden er forbi, og atferdsanalyse er en viktig del av *tredje* generasjon atferdsorientert behandling. Hayes (2004b) skriver at denne «er basert på en empirisk, prinsipp-fokusert tilnærming. Den fokuserer på psykologiske fenomeners kontekst og funksjoner, ikke bare deres form. Derfor vektlegger den kontekstuelle og opplevelsesmessige endringsstrategier i tillegg til mer direkte og didaktiske. Disse tilnærmingene prøver å skape brede, fleksible og effektive repertoarer heller enn å fjerne snevert definerte problemer, og legger vekt på relevansen av dette både for terapeuter og pasienter» (s. 658, min oversettelse). Her er det mange begreper som jeg kommer tilbake til.

Tredje generasjon består av flere retninger. Den trolig mest omfattende er Aksept- og forpliktelsesterapi (Acceptance and commitment therapy), eller ACT. Gran (2006) har rett i at ACT bygger mye på mindfulness, eller «å være til stede» («being present»), som er inspirert av buddhistisk Vipassana-meditasjon (se også Hayes, 2002). Men ACT bygger på mye mer, særlig atferdsanalytisk teori for verbal fungering, som vi skal se. Utvikling av ACT har med andre ord skjedd i et tettere forhold til teori og grunnforskning enn vi kan si om KAT og nyere varianter av KAT basert på mindfulness (se senere). Hayes et al. (2006) mener for øvrig at en overgangsfase, som vi har i dag, gir anledning til å drøfte grunnleggende antakelser og strategier. Det er en fordel at ACT har oppstått over en periode på ca. 20 år, fordi det har styrket relasjonen mellom teori, grunnforskning og terapi.

Atferdsanalysens syn på psykopatologi

Atferdsanalyse er kritisk til å klassifisere psykopatologi som syndromer i form av ICD-10-diagnoser, som har sitt forbilde i somatisk medisin. Somatiske sykdommer er for en stor del funksjonelt inndelte; de er forskjellige med hensyn til etiologi, forløp og respons på behandling. Beskrivelser av syndromer er en formistisk, topografisk strategi for å avdekke funksjonelle aspekter som årsaker, forløp og behandling (Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001). Innenfor medisin fører strategien ofte til oppdagelse av prosesser som forklarer syndromet. En slik tilnærming er imidlertid mindre nyttig når syndromet skyldes flere

prosesser, som ved atferdssyndromer, eller psykiske lidelser. De overlapper. Komorbiditet er vanlig. Det er derfor vanskelig å avgrense psykiske lidelser, og å oppdage biologiske prosesser som forklarer dem. En biologisk tilnærming til forståelse av psykopatologi kan umulig nå helt fram. Det er bl.a. umulig å beholde kontakten med hva personen gjør og samtidig studere aktivitet i for eksempel hjerneceller. Utbredelsen av psykopatologi gjør det også usannsynlig at biologiske forstyrrelser kan forklare mye: Så mislykket har ikke evolusjonen vært (Wilson et al., 2001)! Det er neppe enklere å påvise enhetlige *sosiale* årsaker som er spesifikke for ulike lidelser.

Ifølge atferdsanalysen legger mange modeller til grunn at psykiske lidelser er unormale, og bygger på sterke forestillinger om «sunn normalitet». Psykiske lidelser defineres i stor grad ut fra ubehagelige følelser, tanker og minner, jfr. diagnosekriterier i ICD-10. Ubegagelige private hendelser er per definisjon uønskede, og fungerer som signaler om at noe er galt og må endres. For å oppnå helse må pasienten bli kvitt dem (se Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Atferdsanalysen er uenig i at alt som defineres som psykopatologi nødvendigvis er uønsket og unormalt, og mener at kulturelle forestillinger om hva som er ønsket og normalt kan være skadelige, noe jeg kommer tilbake til. Atferdsanalysens utgangspunkt er snarere motsatt: Lidelse er normalt. Det er heller ikke noe automatisk, overordnet mål å ikke kjenne smerte, angst og sinne. Dette følger av å leve; fravær av ubehag vil i ytterste konsekvens si å være i koma. Et liv uten angst, tristhet og annet ubehag betraktes som umulig og ofte uforenlig med utvikling, og som et hinder for å leve i tråd med egne verdier. Et ensidig fokus på å «få ut det onde og inn det gode» er ikke sunnhet, men «glasert galskap» (Hayes et al., 1999).

Et viktig poeng er igjen utbredelsen av psykopatologi. Rus, usikkerhet, depresjon, angst, selvmordsforsøk, ensomhet, aggresjon, skyhet, sterke fordommer og vold er svært utbredt. Selv folk med kliniske diagnoser har ofte sosiale og materielle behov som er større enn å få behandling for lidelsen. Ifølge atferdsanalysen er det brukt for mye ressurser på å studere antatt unormale prosesser som ligger til grunn for antatt unormal psykopatologi. Også her har ACT motsatt utgangspunkt: *Normale* verbale prosesser har også destruktive effekter, og målet er å oppdage normale prosesser som bidrar til psykopatologi.

Noen andre grunnleggende synspunkter

Atferdsanalysen framhever naturlig nok kontekstens betydning for det vi til enhver tid gjør. Skinner (1953) skrev at «Vi kan ikke redegjøre for atferden til noe system når vi befinner oss helt og fullt innenfor det; til slutt må vi se på forhold som påvirker organismen utenfra» (s. 35, min oversettelse). En terapeut befinner seg nødvendigvis i pasientens kontekst, og kan bare påvirke pasientens atferd ved å endre forhold i denne konteksten, ikke «inne i hodet» på pasienten. Historie er viktig, men hva som påvirker atferd «her og nå» er viktigere. En annen side er vekt på individuelle verdier og mål, og et praktisk fokus: Det viktige er at terapi fører til endringer; at den virker. Sannhetskriteriet er med andre ord pragmatisk. Prinsipper for atferd, som forsterkning, er også pragmatiske definisjoner, ikke ontologiske realiteter. Nok et eksempel på pragmatisme er at begrepet «symptom» er stuerent, vel og merke ikke i bokstavelig forstand. Symptomer er atferd, inkludert tenkning og føling, i seg selv, ikke indikasjoner på noe hypotetisk som ligger under det vi observerer. Bl.a. vekten på det individuelle betyr at atferdsanalyse deler filosofiske røtter med sosial konstruksjonisme. Atferdsanalyse fokuserer imidlertid mer på prediksjon og påvirkning (Roche & Barnes-Holmes, 2003; Hayes, 2004a; Hayes et al., 2006).

Et gammelt radikalbehavioristisk standpunkt er at private hendelser, det vil si tenkning og føling, ikke kontrollerer øvrig atferd direkte. Tanker og følelser er selvfølgelig viktige, men er samtidig atferd som selv må forklares. En slik kontekstuell presisering er viktig innenfor atferdsanalyse, men er vanskelig å finne innenfor for eksempel KAT. Atferdsanalyse har også et eget syn på «selv'et» (eller «jeg'et», «sinnet»). I stedet for å oppfatte selvet (jeg'et, sinnet) som en ting eller enhet som styrer atferd, betraktes det som et repertoar av aktiviteter som å føle, evaluere, kategorisere, sammenligne, planlegge, resonnere og huske, altså kontinuerlig aktivitet (se bl.a. Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Atferdsanalytisk forståelse av språk, eller verbale fenomener

Atferdsanalysens mål er å etablere behandlingsmetoder som bygger på grunnprinsipper for hva som påvirker atferd. Slike grunnprinsipper, som forsterkning, har dannet grunnlag for metoder som er effektive i analyse og påvirkning av atferd. En slik strategi har også ført til oppdagelse av teknikker som innebærer nye anvendelser av grunnprinsipper, slik vi har sett ved måter å arrangere forsterkning på (se bl.a. Hayes, 1991). Andre eksempler er ekstinksjon, habituering og andre endringer av motivasjonelle forhold, som er grunnlag for behandling av en rekke topografisk ulike problemer. På den måten blir kategorielle diagnoser mindre viktige, og vi kan fokusere mer på individuelle aspekter i utforming av behandling. Dette er forskjellig fra å operere med egne manualer for ulike lidelser, der teknikker lett overskygger grunnprinsipper. Akkurat som atferdsanalysen har studert grunnleggende prinsipper for atferd og utnyttet dette i behandling, er atferdsanalysens mål å forstå hvordan grunnleggende *verbale* prosesser, eller språk, kan ligge til grunn for psykopatologi. Målet er å utnytte også dette i behandling. Innenfor ACT er forståelsen av verbal atferds rolle i utvikling av psykopatologi basert på relasjonell rammeteori (relational frame theory, RFT), en nyere atferdsanalytisk tilnærming til studiet av verbale fenomener (Hayes et al., 2001). I og med at ACT betrakter normale, verbale prosesser som grunnlag for patologi, er RFT et viktig grunnlag for ACT.

En liten innføring i RFT

Mye av det vi sier og reagerer på som lyttere er direkte lært. Men hos verbale personer er enda mer *utledet*: Vi sier bl.a. stadig noe nytt, uten å ha lært det direkte. Dette skyldes at vi har lært såkalt «arbitrært anvendbar relasjonell respondering», det vil si å relatere stimuli vi ikke eksplisitt har lært å relatere. Utledning av relasjoner mellom stimuli foregår på tre måter (Hayes et al., 2001):

1. Gjensidig utledning: Hvis en person lærer at det er bestemte relasjoner mellom A og B, kan personen også *utlede* relasjoner mellom B og A, det vil si gjensidig: Er Grete eldre enn Tove, er Tove også yngre enn Grete. Den siste relasjonen er utledet. Viser vi et barn en ball og sier «(dette er en) ball», kan ordet «ball» få samme funksjon som selve ballen. For eksempel kan barnet se ballen for seg, se etter den eller hente den, når vi sier ordet «ball». Relasjonene går altså begge retninger, de er såkalt bidireksjonale. Vi kan vise at vi har utledet relasjoner ved å beskrive dem verbalt og ved å vise riktig lytteratferd når andre beskriver dem.

2. Kombinerende utledning er litt mer komplekst. Dette er også en gjensidig utledning, men minst to relasjoner er involvert: Hvis A og B er relaterte på spesielle måter, og B og C er relaterte på spesielle måter, kan vi utlede en rekke relasjoner mellom A og C.

Hvis Tove er eldre enn Kari, er Grete eldre enn Kari og Kari er yngre enn Grete. Hvis dette er småjenter, og vi vet at Kari kan gå ærend, er sjansen under ellers like forhold enda større for at Tove, og iallfall Grete, kan gå ærend.

3. En tredje type utledning er omdanning av funksjoner (transformation of functions) mellom stimuli som har utledete relasjoner til hverandre. Hvis det er en utledet relasjon mellom A og B, og A har noen stimulusfunksjoner i tillegg, vil B få noen av As funksjoner. B «omdannes» som følge av den utledete relasjonen til A. De fleste med heisfobi har lært relasjonen mellom ordet «heis» og en virkelig heis. Når heiser skaper redsel, kan ordet heis framkalle noe av samme redsel. Grunnen er at ordet og heisen er gjensidig relaterte, ikke at personen har hørt ordet heis når personen har opplevd frykt i virkelige heiser. Vi kan også lære at «elevator» betyr heis. Dermed kan stimulusfunksjonen også overføres til «elevator». Har vi erfart at en person er ubehagelig, kan vi grue oss til å møte personen. Hvis vi får vite at en annen person, som vi ikke har møtt, er lik førstnevnte, kan vi grue oss til å møte den andre også. Dette krever at vi har lært rammen «koordinering», som omfatter likhet (se nedenfor). Får vi høre at den andre personen er motsatt av førstnevnte, vil vi sannsynligvis slippe mer av, gitt at vi har lært rammen «motsetning» (se nedenfor). Eksperimenter viser omdanning av stimulusfunksjoner som ekstinksjon, betinget forsterkning og betingede emosjonelle responser (se bl.a. Dougher, Augustson, Markham & Greenway, 1994; Hayes et al., 2001).

Utledning er generaliserte operanter, det vil si generelle, lærte ferdigheter i å relatere stimuli. Disse foregår i et utall av «relasjonelle rammer». Relasjonelle rammer, eller å ramme inn relasjonelt, er spesifikke former for «arbitrært anvendbar relasjonell respondering» i form av gjensidig og kombinerende utledning og omdanning av funksjoner. Disse egenskapene innebærer at relasjonell respondering er å reagere på en hendelse som om den var en annen. Ordet «ramme» innebærer å relatere stimuli på en hvilken som helst måte, akkurat som en billedramme kan inneholde et hvilket som helst bilde. «Rammen», eller hvordan vi relaterer stimuli til enhver tid, påvirkes av konteksten. Konteksten kan være hva vi blir bedt om og hvilke oppgaver vi skal løse, det vil si hvilken type relatering som kan bli forsterket. At relasjonell respondering er «arbitrært (skjønnsmessig, vilkårlig) anvendbar» betyr at vi i prinsippet kan relatere nær sagt (1) *hva* som helst nær sagt (2) *hvordan* som helst. Forskjellige rammer er alltid mulige. Det finnes et utall av relasjonelle rammer. Jeg skal nevne de viktigste (etter Hayes et al., 2001):

Koordinering: Denne anses som mest grunnleggende, og innebærer relasjoner som lik, samme og identisk. Benevning, det vil si å kategorisere, er koordinering. Stimuli trenger i utgangspunktet ikke å ha noe felles for at vi skal koordinere dem, jfr. at innramming er arbitrær.

Motsetning: Gitt et referansepunkt er en motsetning en bestemt retning i en bestemt grad fra dette punktet. Trygg er motsatt av redd, og vennlig er motsatt av fiendtlig. Motsetning kan også beskrives ved hjelp av ordet «ikke».

Forskjell: Denne rammen er åpnere og mer komplisert enn motsetning, i og med at det er vanskeligere å spesifisere relasjonen. Får vi vite at en person har et annet aggresjonsnivå, vet vi ikke om nivået er høyere eller lavere. Det må undersøkes nærmere.

Sammenligning: Dette innebærer å reagere på hendelser ut fra kvantitative og kvalitative relasjoner langs dimensjoner som fart, grad, tiltrekning osv. Vanlige sammenligninger er større-mindre, høyere-lavere og dårligere-bedre. Hendelsene trenger ikke å ha disse egenskapene i seg selv, men kan få slike funksjoner gjennom relasjonell respondering.

Hierarkiske relasjoner: Disse ligner på sammenligning. «Fobi er en angslidelse» og «Orden er et kriterium for tvangslidelse» er hierarkier. Rammen tillater flere relasjoner enn sammen-

ligning. Fra de enkle eksemplene kan vi utlede at det finnes flere angslidelser enn fobier og flere kriterier for tvangslidelse enn orden. Fra «Åse er mor til Sven og Berit» kan vi utlede at Sven og Berit er søsken. Hierarkier er viktige for å abstrahere egenskaper ved omgivelsene, som når vi ordner verden i deler av helheter og etter egenskaper.

Tidsmessige relasjoner: Denne har også noe felles med sammenligning, men er mer abstrakt. Tid er egentlig bare endring, som går i én retning. Vanlige tidsrelasjoner i forhold til *nå* er i dag, i morgen, for to dager siden, i fjor og om ett år.

Spatielle relasjoner: Denne går ut på hvor stimuli befinner seg i forhold til hverandre. Det er en form for sammenligning, ofte i form av preposisjoner, som over-under, fram-bak og inne-ute. Igjen trenger det ikke å være i en formell, bokstavelig forstand, men at stimuli får slike funksjoner via relasjonell innramming.

Betingelse og årsak: Vi kan også utlede årsaker og hierarkier av årsaker på grunnlag av rekkefølge, tids- og rommessig nærhet, manipulerbarhet, kulturelle forestillinger og lignende.

Deiktiske relasjoner: Dette er ikke minst ulike perspektiver som her-der, nå-da, jeg-du, vi-dem. De ulike delene har ingen formelle motstykker. Det ser ut for at de er lært gjennom svar på spørsmål som «hva gjør du nå?», «hva gjorde du da?», «hva gjør du her?», «hva gjør du der?», «hva gjør jeg her?». Omgivelsene er ulike hver gang, men relasjonelle egenskaper som jeg-du, her-der og nå-da er konstante.

Studier viser at barn lærer slik relasjonell respondering gradvis, og at enklere utledning som gjensidig utledning oppstår før kombinerende utledning (se Hayes et al., 2001). Fra utledete relasjoner kan vi utlede nye relasjoner, og danne komplekse nettverk av relasjoner. I følge RFT er utledete relasjoner kjernen i avansert verbal atferd, både snakking og lytting. Verbale stimuli er langt på vei stimuli som deltar i relasjonelle rammer. Avansert verbal atferd innebærer å snakke om fortid og konstruere en framtid, og være redde for eller glede oss til hendelser vi aldri har vært i kontakt med. Det er å reagere nesten like emosjonelt på beskrivelser av hendelser som på selve hendelsene, og å etablere og følge regler. Forsterkere og aversive stimuli kan oppstå via verbale beskrivelser. Verbal atferd har åpenbare positive sider: Dersom vi gjør et dumt valg, kan vi evaluere valget negativt. Dette endrer situasjonens funksjon neste gang vi har samme valg, og vi kan gjøre noe annet. Vi kan holde oss unna farlige hendelser som vi har fått beskrevet, og få gode råd. Hører vi at noe ikke er farlig kan redsel opphøre. Verbal fungering er en forutsetning for sunn selvkontroll. I praktiske situasjoner er språket uunnværlig. Men språket kan også volde problemer.

Normale verbale prosesser som grunnlag for patologi

Kunnskap har to sider

Hayes og medarbeidere (1999) beskriver hvilken innsikt Skapelsesberetningen formidler om hvorfor mennesker er dømt til å lide. Gud advarte Adam og Eva mot å spise av kunnskapens tre, men slangen fristet dem. De åt, øynene åpnet seg, og de så at de var nakne. De dekket seg til og gjemte seg, og måtte innrømme for Gud at de hadde spist av kunnskapens tre. Da sa Gud: «Nå er mennesket blitt som en av oss og kjenner rett og galt» (1. Mosebok 3.22). Kunnskapen fratok mennesket uskylden og påla oss ansvar for våre handlinger. «Å kjenne rett og galt» forutsetter verbal atferd som å kategorisere, evaluere og bedømme. Kunnskap, eller språk, gir oss dermed en utvidet evne til å lide, og er et tveegget sverd.

Språkets gleder og forbannelser

ACT påpeker det paradoksale i at mennesker i vår del av verden, som har så liten kontakt med smerter og farer, lider så mye. ACT ser flere verbale grunner til dette: Språket hadde opprinnelig nødvendige, praktiske funksjoner som var knyttet til overlevelse. Å fortelle om kroppslige tilstander var en slik funksjon. Språket oppsto ikke for at vi skulle føle oss vel eller forklare alt vi gjør. Språket er bedre egnet til å kontrollere den ytre verden, enn til å kontrollere hva vi føler. Basert på RFT spesifiserer ACT noen minstekrav for at verbal fungering kan bidra til psykopatologi (se bl.a. Hayes et al., 1999; Wilson et al., 2001):

1. Koordinering; å reagere likt på medlemmer av en kategori, som når dårlige erfaringer med én person av det annet kjønn får oss til å unngå andre medlemmer av kjønn, iallfall i tilsvarende situasjoner.
2. Kontingensanalyse; å tenke i tids- og årsaksrelasjoner, som før-etter og hvis-så.
3. Evaluering; å sammenligne hendelser med hverandre, eller med en absolutt standard. Dette inkluderer selvevaluering av riktige måter å være på, se ut og ha det på.

Det finnes en rekke potensielt problematiske verbale ferdigheter (se bl.a. Wilson et al., 2001). Ordet «død» kan ha lignende funksjoner som faktisk død, det vil si at det vekker de samme følelser og kan være viktig å unngå. Vi kan gråte når vi snakker om noe trist som vi ikke har snakket om før. Vi kan se en solnedgang, og tenke på noen vi har mistet som ikke kan være sammen med oss. Vi kan bedømme oss selv og se at vi ikke strekker til, bl.a. i forhold til popkulturens normer. Vi kan gremmes over fortid og grue oss for framtid, og bli triste av å tenke på døden. Vi kan tenke på og begå selvmord som en verbalt konstruert unnslippelse. Vi kan reagere på ordene «jeg er håpløs» som på referenten; at jeg *er* håpløs. Vi kan evaluere tanker og følelser og beskrive hva vi må gjøre for å føle oss vel. Vi kan tenke at «jeg har angst, angst er ikke bra, jeg må ikke ha angst», og hva vi kan gjøre for ikke å føle angst, inkludert hva vi må tenke på å ikke tenke på for ikke å føle angst. Skam trenger ikke å være påført oss av andre, men kan være resultat av utledete relasjoner, eller grubling. Vi kan utvikle sterke fordommer mot noe vi har lite greie på. Vi kan bekymre oss og la være å handle der vi burde gitt blaffen, og vi kan bli «sprø». Eksperimenter viser at folk som har lært noe gjennom instruksjoner endrer atferd senere enn folk som har lært samme atferd ved direkte erfaringer, når betingelsene endrer seg (Hayes, Brownstein, Haas & Greenway, 1986). Verbal fungering kan gjøre oss rigide. I verste fall er vi verbale og rasjonelle inntil det irrasjonelle.

Utledete relasjoner oppstår hele tiden. De har lett for å utvides og bli mer kompliserte, og det er vanskelig å spore opphavet. De er generelt seiglivete. Vår generelle verbale stil, eller tenkemåte, er både vanskelig å beskrive og endre. Resultatet kan bli at atferd påvirkes mer av rigid verbal fungering enn av kontakt med våre omgivelser og vår egen kropp. Dette kan føre til atferd som strider mot personens egne verdier og mål. ACT-folk mener at noen spesielle verbale aktiviteter er særlig viktige for å utvikle psykopatologi:

Kognitiv fusjon

Vi tillegger en rekke hendelser i verden positive og negative egenskaper. Vi kan si at en hest er fin. Ofte er vi enige om slike beskrivelser. Men av og til er vi uenige, og dette minner oss på at det vi sier nettopp er evalueringer, ikke absolutte egenskaper ved hesten. Vi bedriver tilsvarende evaluering av våre private hendelser. For eksempel angst og tristhet er ikke bare ubehagelige følelser og atferdsmessige tendenser, men også verbale kategorier som vi kan evaluere negativt. Vi klassifiserer dem som gode, dårlige, fæle, drepende og uutholdelige. Vi

kan også evaluere oss selv; vi «er» det ene og det andre. Problemet er at vi kan oppfatte slike evalueringer som absolutte egenskaper ved private hendelser og oss selv, og ikke som det de er, nemlig evalueringer. Vi oppfatter ikke at vi bedriver relasjonell respondering, men reagerer direkte på de evaluerte egenskapene. Evaluering får en bokstavelig funksjon; vi reagerer på resultatet av evalueringen som vi reagerer på formelle, absolutte egenskaper som er uavhengige av vår evaluering: «Den redde personen som konstruerer et skremmende miljø oppfører seg som om det skremmende miljøet er oppdaget, ikke konstruert» (Hayes, 2004b, ss. 650-651). I ACT heter det at tanker og virkelighet «fusjoneres», eller kognitiv fusjon. Tanker og virkelighet blir ett. Kognitiv fusjon er grunnlag for to andre verbale aktiviteter: Unngåelse av opplevelse og begrunnelse.

Unngåelse av opplevelse

Dyr, og mennesker med svak verbal fungering, er heldige i en viss forstand: De kan «bare» unngå ubehagelige situasjoner, om de klarer det. Verbale mennesker er dømt til å «ha med seg» slike situasjoner over alt. Situasjonene vekkes til live av verbal aktivitet; ved at andre minner oss på dem eller ved å tenke på dem. Ubegagelige tanker og følelser kan dermed oppstå når som helst. Noen evaluerer ubegagelige følelser mindre negativt og aksepterer dem som forbigående og en del av livet. Det er imidlertid vanlig å lære negativ evaluering tidlig: «Ikke tenk på det triste, tenk på noe hyggelig», «nå finner vi på noe morsomt». Mange blir verdsatt ut fra stemning de er i, og kan bli straffet for negative følelser. Mange mener at slike følelser er uforenlige med et sunt og godt liv, og vil være glade og fornøyde. Negativ evaluering bidrar til at vi prøver å redusere eller fjerne ubegagelige private hendelser ved hjelp av verbal aktivitet. I alvorlige tilfeller kan vi gjøre oss numne, trekke oss tilbake sosialt, ruse oss eller utagere seksuelt. Den nedstemte søker etter bedre måter å føle på, den med tvangslidelse unngår spesielle tanker, og den med panikkangst unngår angst og tap av kontroll. Fellestrekket er å prøve å endre form og hyppighet på private hendelser. Det er forståelig, ut fra hvor ubegagelige og skremmede de kan være. Samtidig er det «unngåelse av opplevelse» («experiential avoidance») (Hayes et al., 1999).

Det er adaptivt å unngå å oppleve forbigående ubehag, som å distrahere seg selv hos tannlegen. Det er mindre adaptivt å unngå å oppleve ubehag som er uungåelig eller som må oppleves for å utføre handlinger vi verdsetter. Opplevelse av unngåelse bygger ofte opp under unngåelse av konkrete situasjoner (se bl.a. Hayes et al., 2006). Den er verre å oppdage enn unngåelse av mer observerbare handlinger, som tydelig forstyrrer aktiviteter. Men prinsipielt er den lik, og opprettholdes av kortsiktig lettelse. Som annen unngåelse er den en lite farbar vei til å oppnå det vi ønsker, av flere grunner: Tankeundertrykking er vanskelig. Når folk prøver å ikke tenke på noe bestemt begynner mange etter hvert å tenke på det igjen, ofte mer enn i utgangspunktet (Salkovskis & Campbell, 1994; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Forsøk på å kontrollere en tanke kan med andre ord svekke kontrollen av den. Å tenke på å *ikke* tenke på noe bestemt er også å tenke på det. Hayes (2004a, s. 19) skriver at relasjonell respondering kan virke «ulogisk», som når regelen «ikke tenk på Kari» inneholder det vi ikke skal tenke på og nettopp derfor får oss til å tenke på det vi ikke skal tenke på.

Forsøk på å tenke seg bort fra ubehag kan med andre ord gjøre det vanskeligere å unngå det, og som annen unngåelse kan det bli en vond sirkel. Unngåelse øker i seg selv effekten av det vi vil unngå: Å prøve å unngå tvangstanke er å gi dem en funksjon. Forsøk på å bekjempe hallusinasjoner ved å snakke tilbake, adlyde stemmen, prøve å la være å lytte eller

å utføre en distraherende aktivitet gjør hallusinasjoner viktigere (Pankey & Hayes, 2003). Tenker vi på noe vi vil unngå vil vi ofte gjøre det i nye situasjoner. Tenker vi på at vi må unngå angst når vi unngår situasjoner som vekker angst, kan angst oppstå også i de trygge situasjonene (Wenzlaff, Wegner & Klein, 1991). Angst kan dermed bli forbundet med flere situasjoner. Unngåelse av opplevelse innebærer regler, og vi evaluerer om de virker. Også dette kan minne oss på det vi vil unngå, og bidra til at det forbindes med flere situasjoner. I tillegg kan tanker og stemning forbindes, slik at aktivisering av det ene aktiverer det andre (Gold & Wegner, 1995). Medikamenter og rusmidler som får oss til å føle oss vel er også et negativt bidrag på sikt. For å unngå ubehag må vi kjenne etter tidlige tegn på ubehag. Dette øker unngåelse og sensitivitet. Når strategier for unngåelse ikke lykkes kan vi gjøre mer av det samme, og er inne i en klassisk, ond sirkel. Vi kan altså ikke bli kvitt tanker og følelser slik vi kan bli kvitt konkrete ting og handlinger (Hayes, 2004a, 2004b). Slik «kontroll» holder ikke hva den lover!

Resultatet kan bli nedslående. Jo mer vi kjemper imot ubehagelige tanker og følelser, jo mer kan vi få av dem. Ingen prøver mer enn folk med tvangstanke og nedstemthet å bli kvitt dette, og ingen lykkes mindre. Målet er lykke og glede, men resultatet kan bli drepene. Hos mange som søker behandling er unngåelse av opplevelse innarbeidet (Orsillo, Roemer, Lerner & Tull, 2004). Forsøk på å eliminere symptomer som vrangforestillinger, autonom aktivering og auditive hallusinasjoner kan forverre tilstanden for alvorlig psykotiske. Romme og Escher (1993) fant at psykotiske pasienter som prøvde å distrahere seg selv fra å tenke på hørselshallusinose hadde dårligere prognose enn dem som tillot dem. Unngåelse av opplevelse svekker deltakelse i berikende situasjoner og snevrer inn hva vi gjør. Viljen til å handle i samsvar med egne mål og verdier svekkes (Blackledge & Hayes, 2001). Hayes et al. (1999) skriver at forsøk på å kontrollere følelser kan medføre tap av kontroll over livet.

Begrunnelse («reason giving»)

Også en beslektet ferdighet er lite adaptiv når den overdrives: Begrunnelse. I praktiske situasjoner er forklaringer nødvendige og ofte presise. Vi er neppe like gode til å forklare *atferd*. Årsakene er ofte langt tilbake, og komplekse og utilgjengelige. Verbale som vi er forklarer vi imidlertid vår atferd også når ingen ber om det. Det kan være behagelig. Vår kultur lærer oss å forklare, ofte med indre forklaringer. Private opplevelser forekommer før alle handlinger, og forklaring skjer ofte ved å vise til tanker, følelser, holdninger, minner, forventninger og fornemmelser. Vi viser ofte misforståelsen «post hoc, ergo propter hoc» (etter det, altså på grunn av det). Problematisk atferd og fravær av adaptiv atferd forklares ofte med negative tanker, følelser, minner og kroppslige fornemmelser. Vi «sliter». Deprimert og engstelig er mer fagsjargong. Mange, også terapeuter, «forstår» og aksepterer forklaringene, uten å vite så mye om grunnlaget. «Jeg var for engstelig til å gå ut» kan aksepteres, mens «jeg aner ikke» eller «det er ikke så viktig for meg å gå ut, og derfor styres jeg av litt angst» kan møtes med skepsis. Generelt er det lett å finne dårlige, aksepterte grunner.

Verbale begrunnelser, selv om de er gale, kan fungere som *reelle* årsaker (Hayes et al., 1999), det vil si en form for kognitiv fusjon; vi ser ikke at «årsakene» er våre verbale konstruksjoner. Private hendelser får dermed en sterk, regulerende effekt på annen atferd. Begrunnelse innebærer ofte at «men» og «og» får problematiske funksjoner. Vi kan si «jeg vil, *men* jeg kan ikke gjøre det fordi jeg har angst», i stedet for «jeg vil, *og* jeg kan gjøre det, selv om jeg har angst». Begrunnelse kan føre til at vi ikke «kan» gjøre det som samsvarer med våre verdier og «må» gjøre noe som strider med dem. Når vi føler oss bra kan vi gjøre eller la være å gjøre

det, men det er umulig før. Vi gjør mindre for å erfare noe annet, og det kan bli viktigere å bevare slike forklaringer enn å avkrefte dem, og å ha rett. «Jeg er et offer, og må handle slik jeg gjør.» I og med at begrunnelse innebærer å prøve å kontrollere tanker og følelser for å kontrollere annen atferd, bidrar det til å øke betydningen av private hendelser, og dermed til unngåelse av opplevelse.

Oppsummering av et kulturelt grunnlag for psykopatologi

Ifølge Hayes et al. (1999) er en kulturelt betinget syllogisme, eller logisk måte å resonnerer på, i fem trinn et viktig grunnlag for psykopatologi:

1. Vi tenker mye over problemer, og alle problemer har grunner.
2. Grunnene får status som årsaker, eller nokså bastante forklaringer.
3. Tanker og følelser er gode grunner.
4. Tanker og følelser er derfor gode årsaker.
5. For å kontrollere resultatet, det vil si atferden, må vi kontrollere årsakene, det vil si tanker og følelser.

Dokumentasjon for at kognitiv fusjon, opplevelse av unngåelse og begrunnelse predikerer psykopatologi ser ut til å være på vei (Hayes et al., 2006). Jeg tar opp dette mot slutten.

Grunnelementer i ACT

Aksept

Kognitiv fusjon, unngåelse av opplevelse og begrunnelse bidrar til det motsatte av *aksept*, som er å oppleve ubehagelige private hendelser, inkludert situasjoner som utløser dem. Mye utvikling og endring krever aksept av umiddelbare negative reaksjoner på atferd. I ACT er ikke reduksjon av ubehagelige private hendelser et primært mål. En hjørnestein er at pasienten må akseptere ubehagelige tanker og følelser og oppfatte dem som naturlige, universelle og forbigående tilstander. Dette kalles også «mindfulness» (se foran). Aksept er å oppleve rikdommen i det som skjer her og nå og i tidligere erfaringer som dukker opp, det vil si å være i kontakt med nå'et. Det er å erkjenne at «Jeg føler angst», «jeg føler tristhet», «jeg føler tomhet», og føle det.

Svekking av private hendelsers betydning

ACT er naturlig nok opptatt av å svekke kognitiv fusjon, unngåelse av opplevelse og begrunnelse, når slik aktivitet dikterer atferd. Språket har ikke har ført pasienten noe sted, og ACT vil «slippe inn frisk, ikke-verbal luft» (Hayes et al., 1999). Ifølge ACT har vi grovt sett to typer kunnskap: Å vite med sinnet (knowing by the mind) og å vite med sansene (knowing by the senses). Den første er verbal atferd, den andre er ikke-verbal, kontingensformet atferd. ACT framelsker det siste og toner ned verbal kunnskap som har skapt problemer.

Det er vanskelig å eliminere etablerte verbale ferdigheter når de først har oppstått. I tillegg regulerer ikke private hendelser atferd direkte. Det er derfor både vanskelig og langt på vei unødvendig å endre private hendelser for å endre atferd. ACT fokuserer derfor ikke på å endre private hendelser i seg selv, men på å svekke deres funksjoner. Akkurat som ytre hendelsers funksjoner er avhengige av kontekst, er private hendelser det også; noen påvirker oss og noen ikke. Vi kan gjøre som vi tenker og la oss «styre av følelser», eller la være. I ACT heter det å «løsrive seg fra det verbale hegemoni» eller «fra sitt eget sinn», og

å skille mellom seg og problematiske tanker og følelser. Siden funksjoner er avhengige av kontekst, er det mulig å bygge funksjonell atferd, selv om uønskede private hendelser fortsatt er der (Hayes et al., 2006). Vi er ikke nødt for å ha bestemte tanker eller følelser for å gjøre bestemte handlinger: Vi kan være vennlige og oppsøke situasjoner, selv om det er ubehagelig. Traumer utelukker ikke å gå videre. Det går til og med an å gjøre noe bra selv om vi har tvangstanker eller hallusinasjoner. Tanker og følelser er mest problematiske når de påvirker annen atferd på uheldige måter. Vi kan redusere deres troverdighet og få et annet forhold til dem. Tenk og føl hva som helst, men ikke la det styre atferd når det ikke samsvarer med verdier og mål. Husk at to personer kan tenke og føle mye av det samme, men handle ulikt. Som vi skal se, består ACT av metoder for å endre private hendelsers kontekst og dermed svekke deres funksjon.

At ACT ønsker å svekke betydningen av private hendelser har også den følge at ACT i stor grad går ut på det samme, selv om problemene virker veldig forskjellige: «...angst antas ikke å være problemet ved 'angstlidelser', 'tanker' antas ikke å være problemet ved 'tankeforstyrrelser' og så videre. I ACT er det tendensen til å ta disse opplevelsene bokstavelig og deretter kjempe mot dem som anses som skadelig» (Hayes, 2004b, s. 651, min oversettelse). Forståelse og behandling går med andre ord i stor grad på tvers av topografisk ulike problemer.

Bevege seg i retning egne, verdsatte mål

Formålet med aksept og med å svekke private hendelsers funksjon er å kunne utføre handlinger som samsvarer med ens verdier og mål. Som det ligger i navnet er aksept og forpliktelse bærebjelker i ACT. ACT kan også stå for «Accept, Choose and Take action» («aksepter, velg, og gjør noe»). Det overordnede målet er «psykologisk fleksibilitet», det vil si «evnen til å kontakte øyeblikket mer fullstendig som et bevisst menneske, og å endre eller stå fast ved atferd som tjener verdsatte mål» (Hayes et al., 2006, s. 7, min oversettelse). Formålet med å oppnå psykologiske fleksibilitet er å bygge adaptive repertoarer, ikke bare å bli kvitt patologi. I tråd med dette understreker ACT at den er en helsemodell, ikke en sykdomsmodell (Hayes et al., 1999). Vi kan til og med si at ACT utfordrer WHO's helsemodell, som ut fra ACT-synspunkter kan kritiseres for å gå for langt i å definere helse som fravær av ubehag.

ACT og annen psykoterapi

ACT som kontrast til annen psykoterapi og annen atferdsorientert behandling

En vanlig kulturell oppfatning er at ubehagelige tanker og følelser er uønskede og langt på vei årsaker til uønsket atferd. Hayes et al. (1999) mener at «de fleste dominerende psykoterapiskoler opererer ut fra en implisitt forestilling om at tanker og følelser kan mestres på et innholdsmessig nivå» (s. 72, min oversettelse). Slik mestring anses som en forutsetning for å endre øvrig atferd. Den kognitive delen av tradisjonell KAT har klare innslag av dette: Vi skal tenke mer rasjonelt, endre kognitive skjemaer, tilskrive hendelser mer korrekt og positivt, realitetsteste og mer presist vurdere sannsynligheten for at bekymringer stemmer, og eliminere automatiske tanker. Tenker vi mer logisk og rasjonelt, endres problematiske følelser og konkrete handlinger til det bedre. Det er med andre ord sentralt å prøve å endre private hendelsers hyppighet, intensitet og form, mer enn å endre deres funksjon. Vekten på endring av private hendelser som en forutsetning for å endre øvrig atferd impliserer et fokus på førsteordens endring (first-order change) (Hayes et al., 2006). Fra et ACT-synspunkt kan imidlertid KAT og lignende terapier oppmuntre strategier som pasienten har mislyktes med,

og som er en del av problemet, ikke minst opplevelse av unngåelse. Dette kan i verste fall være destruktivt (Hayes et al., 2006). Som vi har sett, er ACT på mange måter en motsatt tilnærming. ACTs nedtoning av endring av private hendelser som en forutsetning for å endre øvrig atferd innebærer et fokus på andreordens endring (second-order change).

ACT og lignende tilnærminger

Hayes et al. (2006) definerer ACT som «en psykologisk behandling basert på moderne atferdspsykologi, inkludert RFT, som bruker til stede- og akseptprosesser, og forpliktelse- og atferdsendringsprosesser, for å skape psykologisk fleksibilitet» (s. 10, min oversettelse). ACT beskriver seg selv som både atferdsterapi, KAT, humanistisk-eksistensiell terapi, gestaltterapi og østlig meditasjon på en gang (se Hayes et al., 1999). ACT plukker fra andre, og legger ikke skjul på at flere teknikker ligner på hva andre gjør og til dels gjorde før ACT. Teknikkene er imidlertid samlet i en atferdsanalytisk modell for psykopatologi og behandling.

ACT har aksept, eller mindfulness, felles med flere andre retninger. Å være i direkte kontakt med betingelsene, uten verbale forstyrrelser, ligner på buddhistisk Vipassana-meditasjon. Denne går enkelt sagt ut på ikke å kjempe mot eller unngå ubehag og ikke streve for å oppnå og beholde velbehag. At mindfulness er viktig i ACT understrekes av at ACTs forgjenger het «grundig distansering» (comprehensive distancing) (Hayes et al., 2006). Et eksempel på bruk av mindfulness er Marlatts «sugsurfing» («urge surfing») i behandling av avhengighet (Marlatt, 1994; Marlatt et al., 2004). Dette bygger mye på Vipassana-meditasjon. Ved å føle, «flyte oppå» og ikke flykte fra sug, kan vi oppnå tilvenning og uavhengighet. Også andre bruker mindfulness: I dialektisk atferdsterapi (Robins, Schmidt & Linehan, 2004), grunnlagt av Marsha M. Linehan, øver pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, rusproblemer, selvskadning og selvmordsfare på å akseptere negative emosjoner. Integrert atferdsorientert parterapi (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova & Eldridge, 2000) går mye ut på at partnere skal akseptere og venne seg til hverandres irriterende sider, særlig de som er vanskeligst og minst viktig å endre, dersom en vil leve sammen! Nok en tilnærming er mindfulness-basert KAT (Segal, Teasdale & Williams, 2004), hvor mindfulness eller aksept også kalles disidentifisering eller desentrering (Teasdale, 1997). Vi kan altså snakke om tradisjonell og nyere KAT (se Orsillo, Roemer, Block Lerner & Tull, 2004; Roemer & Orsillo, 2002). Store deler av en nyere redigert bok dreier seg om hvordan ACT kan forbedre KAT (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Gjennomføring av ACT

ACT som forberedelse til første generasjons atferdsterapi

ACT beskrives på en stringent måte rent teoretisk. Derfor overrasker det kanskje at ACT gjør omfattende bruk av metaforer og lignelser for å svekke pasientens uhensiktsmessige forsøk på å kontrollere private hendelser. Det er flere grunner til dette: Pasienten har for det første gjort nok forsøk på å følge andres og egne regler i forsøk på å oppnå gode resultater. Dette har ikke fungert – det er derfor pasienten kommer. Det er derfor behov for en annen tilnærming. I motsetning til regler er metaforer og lignelser åpne; det er ingen fasit for hvordan de skal oppfattes. De er ikke bokstavelige, foreskrivende eller analytiske i den forstand at pasienten skal komme fram til et klart svar. De fører vanskelig til lydighet; initiativ til endring ligger hos pasienten. De er øvelser i andre måter å handle på: Pasienten skal forvirres litt, komme bort fra en låst, logisk stil og ta språket mindre

høytidelig. Metaforer og lignelser kan lettere få pasienten til å gi slipp på kontroll enn mer instruerende dialoger kan. De har også mnemoniske fortrinn; de er lette å huske. I ACT er metaforer og lignelser knyttet til det som er temaet til enhver tid, og velges ut og tilpasses den enkelte etter fortløpende vurdering. Det finnes et vell av dem (se Hayes et al., 1999). Terapeuten kan også bruke egne, hvis de er like gode. Metaforer og lignelser er også grunnlag for diskusjoner og hjemmeøvelser. Jeg gjengir noen metaforer, lignelser og øvelser nedenfor, hentet fra Hayes og medarbeidere (1999).

ACT bruker også logiske, innebygde paradokser, det vil si meningsløse utsagn som «vil du slutte å slå meg, svar ja eller nei» og «det jeg sier nå er usant», for å få fram at språket har mangler. ACT unngår konstruerte paradokser, det vil si å «lure» pasienten til bestemte handlinger, av to grunner: De innebærer et fokus på symptomreduksjon og på å følge regler, det vil si strategier pasienten allerede har mislyktes med. For øvrig er ACT i seg selv paradoksalt (se Hayes et al., 1999). Logiske analyser har liten plass.

ACT har en serie med innledende intervensjoner. Disse er ikke fastlagte teknikker, men tar for seg generelle prosesser fra mange vinkler. De tar heller ikke for seg direkte reduksjon av psykopatologi, men generelle adaptive ferdigheter i retning psykologisk fleksibilitet. Terapeuten presiserer at samtalen kan være alt fra bokstavelig og presis til metaforisk og løs. Målet er at pasienten kommer så langt at han eller hun kan ha utbytte av ren første generasjons atferdsterapi. Da endres behandlingen i retning trening på å mestre konkrete situasjoner. Ikke alle pasienter trenger innledende intervensjoner like mye. Noen unngår opplevelse og begrunner mindre, og har høy aksept eller «tilstedeværelse». De er med andre ord mer klare for «ren atferdsterapi». Men alle går gjennom de innledende fasene i en eller annen form og grad. Som annen terapi kan ACT være konfronterende og medføre emosjonelle påkjenninger. En er imidlertid mer forsiktig, støttende og pedagogisk med psykotiske pasienter enn med mer «nevrotiske» pasienter (se Pankey & Hayes, 2003).

Framstillinger av fasene varierer noe. Jeg bygger på den mest omfattende framstillingen (Hayes et al., 1999). En litt annen inndeling finnes i Hayes et al. (2006). De innledende fasene gjennomføres i en *viss* rekkefølge. Det er vanskelig å unngå at faser overlapper, og det som pasienten har lite problemer med tones ned. I hver fase brukes det bestemte typer metaforer, lignelser og øvelser (se ovenfor). Delene som presenteres nedenfor kan deles i to hoveddeler (Hayes et al., 2006): Den første delen er «være til stede»- og akseptprosesser. Ikke minst går denne ut på defusjon; å svekke betydningen av private hendelser. Denne delen omfatter stort sett del 1-4. Den andre hoveddelen går ut på forpliktelse og atferdsendring, og omfatter stort sett del 5 og 6:

1. Kreativ håpløshet: Utfordre den vanlige måten å prøve å oppnå endring på

Første fase fokuserer på hva som ikke har virket. Pasienten har nødvendigvis en modell som har slått feil. Mange har prøvd å bli flinkere til å unngå ubehag og å få mer selvtryllit og kontroll over følelser, og mindre angst, depresjon og bekymringer. Dette har ikke ført til et bedre liv, snarere en vond sirkel. Mange har sett at løsningene ikke virker. Men i stedet for å finne på nye strategier, har de blitt oppgitte og prøvd andre løsninger i samme gate. Pasientens mislykkede forsøk på å oppnå bedring gjennomgås. Hvilke er prøvd, og hvordan har de virket? Pasienten støttes i at han eller hun har gjort det som er normalt og rimelig, for at pasienten skal se at sunn fornuft ikke fungerer. Forvirring som kan oppstå svekker pasientens tro på vante strategier, og kan hindre at pasienten går tilbake til gamle løsninger. Målet med fasen er at pasienten ser at gamle regler ikke fører til endring. Å fremme håpløshet er paradoksalt.

Det er imidlertid ikke håpløst å se en tilnærming som håpløs, dersom pasienten går videre og utforsker alternative strategier.

Kvikksandlignelsen er vanlig (se Wilson et al., 2001): Alt vi vanligvis vil gjøre for å komme opp av kvikksand, som å ta sats, fører til at vi synker dypere ned. Det beste er å holde ut armer og bein, slappe av, og komme mest mulig i kontakt med kvikksanden. Kanskje dette ligner på situasjonen du er i, og at det kan være en løsning å komme i kontakt med det du strever med?

2. *Kontroll er problemet, ikke løsningen*

Neste steg er å sammenfatte strategiene som pasienten har prøvd, og sammenfatte strategier som tankekontroll og unngåelse av opplevelse som forsøk på *kontroll*. Bokstavelig og evaluerende problemløsning fungerer i praktiske sammenhenger, og distraksjon kan være nyttig ved forbigående ubehag. Da kan vi lage en plan og bli kvitt ting. Dermed kan det være vanskelig for pasienten å forstå at det er vanskelig å regulere private hendelser. Målet er imidlertid å undergrave eventuell tro på at kontroll over private hendelser er løsningen. Terapeuten utfordrer pasientens forestillinger om at et godt liv kan oppnås og at kliniske problemer kan løses ved å kontrollere hva en tenker og føler, og får fram at det er mye slit til liten nytte. Hvor godt har det fungert å bli kvitt ubehag ved å tenke seg bort fra det? Ved psykoser kan pasienten beskrive hvordan hallusinasjoner arter seg, og hvordan han eller hun reagerer på dem, som ved å snakke tilbake, adlyde eller å ta psykoaktive stoffer. Poenget er å få fram at også slike forsøk på kontroll er fåfengte.

En vanlig øvelse er: «Nå gir jeg deg beskjed om ikke å tenke på ferske smultringer. Du vet hvordan de lukter når de er ferdige... Smaken av smultring når du biter i den og kjenner smaken av den og kjenner lukten av kaffe? Men det er veldig viktig at du IKKE TENKER PÅ NOE AV DETTE! Hva skjedde?» (Hayes, 2004a). En lignelse er «løgnedetektoren»: Pasienten forestiller seg å bli skadet dersom han eller hun får angst, og at apparatet avdekker angst. Pasienten tar stilling til om det er mulig å kontrollere angst under slike forhold. Poenget er at jo mer vi vil kontrollere noe, jo mer oppstår det. En annen lignelse er «mate tigerungen». Du mater den ofte, for å stå deg inne med den. Men den blir større. Til slutt spiser den deg uansett. Der ute er det mange angsttigre som er store nok til å ta deg. Er det en løsning å mate tigerungen for at den ikke skal ta deg?

3. *Bygge aksept ved å defusjonere språket*

Denne fasen skal svekke språkets automatiske funksjoner, det vil si opplevelse av nødvendige sammenhenger mellom tenkning og øvrig atferd, og få fram skillet mellom private hendelsers innhold og funksjon og mellom person og symptomer. Eksempler på at vi ikke tar språket bokstavelig brukes aktivt: Vi følger ikke alltid det vi tenker. Vi tenker ofte på mat uten å spise, selv om vi kan. Vi tenker på å kjeffe, uten å gjøre det (se Bach & Hayes, 2002). At jeg tenker noe betyr ikke at det *er* eller *blir* slik. I stedet for å tenke at noe *er* lærer pasienten å tenke eller si at «jeg *tenker* at...»: Ikke «jeg kan ikke gå ut», men «jeg har den tanken at jeg ikke kan gå ut». Det går an å betrakte en uønsket tanke fra avstand, og «takke sinnet for en interessant tanke», uten å følge den. Et tema er å øve på å si «men» og «og» på måter som ikke innebærer problematisk begrunnelse. Pasienten skal komme videre i å identifisere og gi slipp på indre orientert kontroll, å akseptere nærvær av ubehagelige tanker og følelser, «bare registrere» disse private opplevelsene, uten å kjempe mot dem, diskutere med dem, eller ta dem som bokstavelig sanne. Dette skal hjelpe pasienten til

å tore å føle («self-relatedness»), og fokusere på konkrete, ytre handlinger som kan føre til verdsatte resultater.

En vanlig øvelse skal få fram at tanker bare er ord. Hvis vi sier «melk» en gang, får vi mange av fornemmelsene som når vi er direkte i kontakt med melk. Men sier vi det i rask rekkefølge en stund, forsvinner effekten. Det samme gjelder ord som vekker vonde følelser. Pasienten kan betrakte sinnet som et TV-program. Tror vi på alt vi hører på TV? En øvelse som kan brukes særlig ved psykose er å ta «sinnet med på tur»: Pasienten går foran, med terapeuten, eller «sinnet», bak. Terapeuten kommenterer hva pasienten ser, og beskriver, evaluerer, instruerer, forutser og anbefaler handlinger. Pasienten instrueres til å høre hva «sinnet» sier, uten å snakke med det, og gjøre som vedkommende selv vil. Pasienten kan oppleve at tanker er der hele tiden og at vi kan la være å følge dem.

4. *Oppdage seg selv og løsrive selvet*

Vi kan ha bokstavelige og rigide beskrivelser av oss selv, og langt på vei oppleve oss som våre beskrivelser. Alternative beskrivelser kan til og med være uønskede. Å *være* dette selvet hindrer endring. Vi trenger derfor å overskride det. ACT vil frigjøre pasienten fra begreps selvet og styrke «det observerende selv» og «selv som perspektiv». «For å slippe ut av et fengsel, må vi se det» (Hayes et al., 1999, s. 183). Disse mindre omtalte selvene oppstår ved at vi bombarderes med spørsmål som vi besvarer med «jeg gjør...», «jeg tror...», «jeg vil...» osv. Det konstante er ikke hva vi sier, men konteksten, eller perspektivet, vi sier det i. «Jeg» er «stedet» vi observerer fra. Vi kan bl.a. se at vi er ulike begreps selv i ulike perioder og situasjoner: Da vi var barn var vi ikke som når vi er voksne, og vi er ulike i ulike situasjoner. Poenget er å se at ulike begreps selv består av ulike *aktiviteter*; selvbeskrivelse er *verbal* aktivitet. I motsetning til begreps selvet er perspektiv selvet konstant, og forstyrres ikke av beskrivelser, opplevelser eller handlinger. Vi kan betrakte vår atferd og våre private hendelser utenfra, og observere hva vi gjør, uten at det vi gjør *er* oss. «Jeg er ikke mine private hendelser, men de foregår hos meg». Pasienten kan slippe å se verden *gjennom* sine private hendelser, men tvert om uavhengig av dem. Å betrakte private hendelser mer objektivt kan bidra til kognitiv defusjon og aksept, og svekke private hendelsers kontroll over atferd. Fasen nærmer seg slutten når pasienten kan betrakte private hendelser uten å bli dominert av dem.

En lignelse er selvet som et hus. Huset er uforandret, selv om det ommøbleres. En annen er selvet som sjakkbrett. «Jeg» er ikke brikkene, det vil si innholdet i private hendelser, men brettet, det vil si perspektivet jeg tenker fra. Brikkene kan true hverandre, men ikke true brettet. Brikkene prøver å vinne, men det gjør ikke brettet. Brettet tåler alt, og er upåvirket av kampen. En øvelse er «trekk en identitet»: I en boks ligger det lapper med beskrivelser. På noen står det identiteter pasienten har skrevet om seg selv, på noen står det andre, vanlige identiteter. Pasienten trekker blant begge typer, prøver å «være» de ulike identitetene, og forteller hvordan det føles. Hvordan er denne personen i ulike sammenhenger? En annen øvelse tar utgangspunkt i at pasienten har «spilt». Pasienten kan for eksempel fortelle at han eller hun var glad, før det gikk opp for pasienten at han eller hun var deprimert og ikke skulle oppføre seg slik. Da er det to selv, et «falskt» og et «egentlig». Pasienten vet hva som er det egentlige. Terapeuten spør om hvem som oppdager disse selvene. Pasienten oppfordres til å «begå selvmord» daglig, i den forstand at begreps selvet «avlives».

5. *Verdier*

De fleste vil være selvstendige, ha et godt forhold til andre, gå på skole, arbeide og gjøre nytte ellers. Verdier er verbalt konstruerte, generelle ønsker om retninger for våre liv som vi må

ta stilling til fortløpende. De krever at vi utfører handlinger med mål. ACT skiller mellom «verdier som følelse» og «verdier som aktivitet». Verdier som følelse kan være uavhengige av handling. Pasienten kan også oppleve følelser som en forutsetning for handling, og at han eller hun må bli kvitt ubehag for å gå videre: «Når angsten eller depresjonen er borte, kan jeg...». En slik tilnærming kan være uforenlig med verdier, og ACT fokuserer på verdier som aktivitet, inkludert å handle på tross av uønskede private hendelser. Et viktig tema er hvordan forsøk på å kontrollere alt fra angst og tristhet til hallusinose har hindret verdifull atferd, og at det går an å handle uansett private hendelser. Det er lettere å utføre konkrete handlinger enn å kontrollere følelser; handlinger er operante og fleksible, følelser er respondente og rigide. Gode følelser kan også oppstå som følge av handlinger. Målet er å komme fram til realistiske handlinger som samsvarer med egne mål, det vil si å bevege seg i retning egne verdier. Pasienten skal ikke spille følelser, men gjøre noe, selv om private hendelser ikke «er med».

Temaer kan være «hva ønsker du at livet ditt skal stå for?» og «hva skal det stå på gravsteinen din?». Få ønsker kanskje «Her hviler hun som viet livet til å unngå angst»? Å velge å ikke velge er også å velge. Da kan gravskriften være «Han viet livet sitt til ikke å velge». Pasienten kan også få i oppgave å skrive en tale for sin begravelse. En øvelse er «verdsetting med føttene»; mot hvilket verdsatt mål bærer de deg?

6. Villighet og forpliktelse: Omsette ACT i handling

Denne fasen går ikke ut på at pasienten skal «hoppe i det» eller «holde ut», eller overtales. Pasienten skal imidlertid ha kommet dit at det er naturlig å utføre handlinger som samsvarer med mål og verdier, og fokusere på hva som faktisk virker og ikke på hva som virker rimelig men som ikke virker. Pasienten bør også skille mellom egne regler som ikke kan følges og egne regler som kan følges. Private hendelser plukkes fra hverandre som kroppsfornemmelser, tanker, atferdsdisposisjoner og minner. Målet er ikke å endre eller bli kvitt dem, men å registrere, akseptere og venne seg til dem dem. Dette kan svekke deres effekter, og er et alternativ til bevisst kontroll. Pasienten skal kunne lene seg framover mot symptomene, og omfavne det han eller hun frykter.

En lignelse er at du inviterer hele nabolaget, uten forbehold. Så kommer det en boms som likevel ikke er velkommen. At han ikke er velkommen gjør at sammenkomsten skifter karakter. Du må bl.a. passe på at han ikke kommer inn og på hva han gjør. Å ville er enten-eller. Det er flere «villighetsøvelser», hvor pasienten stimuleres til å oppleve rare private hendelser. Én går ut på kontinuerlig blikkontakt med en annen i flere minutter, og registrere hva som dukker opp av tanker og følelser. Et konkret spørsmål i slutfasen kan være: «Gitt et skille mellom deg og tingene du har strevd med og prøvd å endre, er du villig til å oppleve dem fullt og uten forsvar, slik de er og ikke som de sier at de er, og gjøre det som bringer deg i verdsatt retning i denne situasjonen?» (Wilson et al., 2001, s. 235).

Dersom pasienten med hånden på hjertet svarer ja på dette, arter resten av behandlingen seg stort sett som førstegenerasjons atferdsterapi. Pasienten kan gi seg i kast med konkrete situasjoner som pasienten har unngått eller opptrådt problematisk i. Relevante metoder er eksponering og trening på ferdigheter. Pasienten kan begynne i det små, og være åpen for at større ting kan skje.

Forholdet mellom terapeut og pasient

Terapeuten kan bare lære bort det han eller hun kan gjøre selv. Terapeuten må derfor

beherske det pasienten skal lære, og dele egne erfaringer for at pasienten skal åpne seg. Når ACT fungerer gir pasienten slipp på sin verbale kontroll, og kommer mer i kontakt med private hendelser og konkrete betingelser. Aksept og handling kan være ubehagelig og skremmende. Det er derfor viktig at terapeuten reagerer på pasientens opplevelser og smerter på en trygg måte. Terapeuten må normalisere, dele lignende opplevelser fra eget liv og støtte pasienten i slike opplevelser. Å vise at smerter gjør inntrykk bidrar til at pasienten forstår ACT; det viser «språkets makt». I tillegg er unngåelse av opplevelse en sosial atferd, ofte lært i en intim, sosial kontekst. Et nært forhold mellom terapeut og pasient kan ligne på konteksten som det er lært inn i, og kan dermed styrke generalisering av behandlingen. Et godt, nært forhold er også en erfaring å ta med seg til nære forhold pasienten er eller ønsker å være i. Generelt er terapeuten passiv når det gjelder løsninger, men aktiv når det gjelder å få fram forståelsen av ACT.

Bruk og dokumentasjon av ACT

Problemer ACT er anvendt for

I løpet av kort tid er ACT brukt i behandling av en rekke problemer: Angst i form av generalisert angst (Roemer & Orsillo, 2002), sosial fobi (Block, 2002, ref. i Hayes et al., 2006), tvangslidelse (Twohig, Hayes & Masuda, 2006b) og matematikkangst (Zettle, 2003), depresjon (Zettle & Rains, 1989), avhengighet av opiater (Bissett, 2001, ref. i Hayes et al., 2006), avhengighet av flere stoffer (Hayes, Wilson, et al. 2004) og av røyking (Gifford et al., 2004), hårnapping (trikotillomani) (Woods, Wetterneck & Flessner, 2006), kronisk hudplukking (dermatotillomani) (Twohig, Hayes & Masuda, 2006a), kroniske smerter (Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2005), stress på arbeidsplassen (Bond & Bunce, 2003), smertetoleranse (Gutierrez, Luciano & Fink, 2004), utbrenthet hos folk som arbeider med stoffmisbrukere (Hayes, Bissett, et al., 2004), følging av Type II diabetes-regimer (Gregg, 2004), tap av engasjement hos pasienter med kreft (Branstetter et al., 2004), stress og reduksjon av anfall hos pasienter med epilepsi (Lundgren & Dahl, 2005, ref. i Hayes et al., 2006), selvskading og emosjonell regulering hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Gratz & Gunderson, 2006). ACT er også brukt i behandling av pasienter med psykose (Bach & Hayes, 2002; Pankey & Hayes, 2003).

ACT kan virke nokså «intellektuell». Ikke minst metaforer, lignelser og øvelser ser imidlertid ut til å gjøre ACT tilgjengelig for folk som trenger flere innfallsvinkler. ACT er brukt både i behandling av barn og folk med psykisk utviklingshemning og folk med svært ulik sosioøkonomisk bakgrunn (se Pankey & Hayes, 2003). Det er også gitt ut populære selvhjelpsbøker om ACT (bl.a. Eifert, McKay & Forsyth, 2006).

Hvordan behandlingen evalueres

ACT evalueres nødvendigvis i stor grad ved hjelp av selvrappport. Det vanligste skjemaet er AAQ (Acceptance and Action Questionnaire) (Hayes et al., 2006). Dette innhenter informasjon om forekomst av symptomer, hvor ubehagelige symptomene er, og i hvilken grad pasienten tar hensyn til dem, det vil si i hvilken grad en person fusjonerer med tanker, unngår ubehagelige tanker og følelser, og er ute av stand til å handle i nærvær av dem. Et annet ord er grad av psykologisk fleksibilitet. Forekomst av symptomer angis på en Likert-skala. AAQ finnes i flere versjoner. Versjonen med ni ledd måler psykologisk fleksibilitet. Versjonen med 16 ledd måler to faktorer: Aksept og mindfulness, og verdsatt handling, som til sammen utgjør psykologisk fleksibilitet. Det finnes også en versjon med 32 ledd. (Jeg har oversatt

ni- og 32-leddsversjonen til norsk.)

AAQ er ifølge Hayes og medarbeidere (2006) og Hayes, Strosahl, Wilson og medarbeidere (2004) godt validert, i den forstand at leddene måler det samme og at resultatene predikerer hvordan folk fungerer. Folk som viser høy fleksibilitet har betydelig mindre sjanse for å ha en psykisk lidelse på et senere tidspunkt. Høy skåre på AAQ predikerer også fungering i jobb og mestring av kroniske smerter. I tillegg evalueres ACT ved å se på konkrete atferdsendringer og ved hjelp av instrumenter som WHO Quality of life scale, Beck Depression Inventory (BDI) og Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) (se Hayes et al., 2006).

Studier av effekt

En omfattende gjennomgang av effekten av ACT i behandling av en rekke ulike problemer er foretatt av Hayes et al. (2006). Dette er stort sett behandling av de samme problemene som ACT er anvendt for (se foran). Resultatene er gode, og tyder på at ACT kan være mer effektivt enn tradisjonell KAT. ACT reduserte også forekomst av reinnleggelse av psykotiske pasienter mer enn medikamenter, gruppeterapi og individuell psykoterapi gjorde (Bach & Hayes (2002). Det er viktig å merke seg at ACT ikke nødvendigvis reduserer ubehag. ACT kan for eksempel øke smertetoleranse, selv om smerte ikke reduseres. Pasienter med psykose har rapportert at symptomer stort sett er uendret, men at de er mindre troverdige (Gaudio & Herbert, 2006). I en artikkel imøtegår sentrale ACT-personer påstander om at ACT (og mindfulness-basert KAT) lover mer enn det er dekning for, og hevder at grunnlaget er like godt som for andre former for atferdsorientert behandling (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004). Det er imidlertid ikke grunnlag for å si mer enn at ACT er en ny og *lovende* tilnærming.

Hvorfor kan ACT virke?

Et like interessant spørsmål er hvorfor ACT kan virke. Dersom rasjonalen stemmer, fører ACT primært til at pasienten tar mindre hensyn til symptomene, aksepterer dem mer, og viser positive atferdsendringer. ACT skal i mindre grad føre til kortsiktig demping av ubehagelige private hendelser. Allerede nå er det en viss støtte for at effekten ofte skyldes spesifikke prosesser som aksept og defusjon, det vil si at disse prosessene endres hos pasienter som oppnår bedring (Hayes et al., 2004c; Hayes et al., 2006). Woods, Wetterneck og Flessner (2006) fant at reduksjon av hårnapping hadde sammenheng med redusert unngåelse av opplevelse. I tillegg refererer Bach og Hayes (2002) studier som viser en uklar sammenheng mellom grad av symptomer og innleggelse av psykotiske pasienter, og at sammenhengen blir mer uklar over tid. En forklaring kan være at pasienter reagerer mindre emosjonelt på symptomene etter hvert, eller at aksept øker. Det er med andre ord en viss relasjon mellom underliggende teori og effektive komponenter i behandlingen (se også Bach & Hayes, 2002; Teasdale, 1997; Zettle & Hayes, 1987). De andre prosessene er mindre utforsket.

Nok et poeng er at resultater brukes for å forbedre ACT (Twohig, Hayes & Masuda, 2005). Målet er at RFT og ACT skal berike hverandre, og at behandling igjen skal baseres på grunnforskning, slik det var for første generasjons atferdsterapi. Dokumentasjon av prosesser i ACT øker også i omfang. Hayes et al. (2006) legger imidlertid ikke skjul på at flere spørsmål om hva effekter skyldes er ubesvarte. I tillegg mener jeg at det også er dekning for at ACT har sterke innslag av det grunnleggende prinsippet *habituering* (se

Murphy, McSweeney, Smith & McComas, 2003), i vid forstand: Å tenke på og føle det ubehagelige, og å oppsøke situasjoner og utføre handlinger som en har unngått kan føre til en bred tilvenning.

Noen følger av ACTs tankegang

ACT må ikke oppfattes slik at all unngåelse er patogenetisk. Vi kan leve rike liv, selv om vi unngår kontakt med mye som er verdifullt. Balansegangen mellom å unngå og å komme i kontakt med det ubehagelige, eller å oppsøke eller avstå fra det behagelige, er selvfølgelig et personlig valg. Indikasjoner for terapi er at pasienten ønsker hjelp. ACT utelukker heller ikke å endre grunnleggende betingelser der det er ønskelig og mulig. Det er sjelden et mål å leve under uakseptable forhold som det er mulig å eliminere. Å akseptere ubehagelige opplevelser er ikke et mål i seg selv, men et middel for å nå egne verdier.

En følge av ACT er at behandling som ikke er basert på innsikt ikke trenger å være mindre verd. Alle endringer som samsvarer med verdier er viktige, også om de oppnås gjennom endringer av grunnleggende betingelser for atferd der det verbale har spilt liten rolle. Klarer vi noe viktig, så er det verdt å ta med seg. Innsikt trenger ikke å gå forut for endringer i atferd. Dette har også en del følger for behandling av personer som i stor grad er priggitt omgivelsene, som barn. Med bakgrunn i ACT mener jeg at det er viktig at omsorgspersoner ikke støtter tendenser til unngåelse av ubehagelige opplevelser, og begrunnelse, og at de støtter verdier og handling, med andre ord at de bidrar til at barn får en sunn holdning til egen fungering. Jeg mener at vi må vektlegge dette når vi veileder foreldre og andre som deltar i behandling av ulike lidelser av barn, ikke minst angstlidelser (se Sällman, 2006). Jeg mener også at det er viktig i oppdragelse av barn generelt, og til en viss grad også i opplæring og behandling av folk med psykisk utviklingshemning og andre som ikke kan ta helt hånd om seg selv.

Vår kultur inneholder både praksis som strider mot og samsvarer med ACT. ACT bryter med holdninger som går ut på prøve å føle seg vel for enhver pris og å gi seg over for ubehag når dette hindrer oss i å forfølge egne verdier. Fra et ACT-synspunkt vil mange handlinger folk «må» utføre komme i et rart lys, som at folk med misbruk «må» begå innbrudd, prostituere seg og ruse seg, og at noen «må» begå kriminelle handlinger. Men ACT har også likheter med praksis som vi noen ganger kan observere innenfor vår kultur. Vi hører ofte ”det er ikke hvordan du har det men hvordan du tar det” og at ”den som inten våger intet vinner”. Mange hiver seg ut i situasjoner, selv med sterk angst og annet ubehag, dersom det er verdifullt. Jeg har lenge hørt folk som behandler kroniske smerter anbefale at pasienten overvinne smerter og opprettholder aktiviteter mest mulig. Mange viser og tar til orde for en naturlig psykologisk fleksibilitet. En psykoanalytisk tilnærming til å eliminere forsvar har også likheter med ACT. Elementer av tankegangen i ACT finnes med andre ord innenfor mange kulturer og perspektiver.

Avsluttende kommentarer

Nathan Azrin spurte på Association for Behavior Analysis' årskongress i 2003 om ACT var noe mer enn å lide i stillhet. Douglas Woods svarte med et understatement at det er *litt* mer. Jeg håper at jeg har fått fram at ACT går ut på å fremme mestring og ikke på å bagatellisere lidelse. ACT synes å være et lovende forsøk på å etablere en ny og relativt unik psykoterapi. Den vil neppe vise seg å være *mindre* effektiv enn annet på markedet. Vesentlige spørsmål

er effektstørrelsen og hva som gjør at den virker. Det er prisverdig å prøve å etablere en psykoterapi basert på prinsipper for hva som påvirker atferd, og å prøve å finne ut mer spesifikt *hvorfor* den virker. Psykoterapifeltet har ikke for mye av slikt. Det skal bli spennende å se hva som skjer i forholdet mellom ACT og lignende tilnærminger. Kanskje en fusjon er mulig? I så fall kan det bli et spørsmål om hvilken teori som skal ligge til grunn.

Jeg tviler imidlertid på at en fusjon vil skje, når jeg tenker på at psykologien er vel så preget av kamp om posisjoner som av empiri. Uansett bør ACT gjøre det klart for alle at atferdsanalyse befatter seg med kompleks atferd.

ACT gjennomgås noe i en atferdsanalytisk artikkelsamling (Dahl & Wilson, 2003). Sissel Reichelt nevnte såvidt «mindfulness» og Steven C. Hayes i et intervju i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (nr. 5, 2005). Det har vært en liten artikkel der mindfulness og Hayes nevnes (Gran, 2006). Jeg har sett at Universitetet i Tromsø har undervist i ACT. ACT er ellers lite omtalt her i landet, og ser ut til å være nokså fraværende i akademiske miljøer. Bør ikke lærestedene orientere seg om hva som skjer?

Referanser

- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129–1139.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. G., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Bissett, R. T. (2001). Process of change: Acceptance versus 12-step in polysubstance-abusing methadone clients. Doktoravhandling, University of Nebraska.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 243–255.
- Block, J. A. (2002). Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety. Doktoravhandling, University at Albany, State University of New York.
- Bond, F. W., Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 156–163.
- Branstetter, A. D., Wilson, K. G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Artikkel presentert for Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive therapy? *Behavior Therapy, 32*, 337–369.
- Dahl, J. C. & Wilson, K. G. (2003). Anvendelse av atferdsmedisin ved kronisk sykdom. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Eds.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahl, J. C., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- Dobson, K.S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 907–923.

- Dougher, M. J., Augustson, E., Markham, M. R., & Greenway, D. E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *62*, 331–351.
- Eifert, G. H., McKay, M., & Forsyth, J. P. (2006). *ACT on life not on anger. The new Acceptance and commitment therapy guide to problem anger*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gaudio, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 415–437.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. et al. (2004). Acceptance theory-based treatment of smoking cessation: An initial trial of acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, *35*, 689–706.
- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, *25*, 1245–1261.
- Gran, S. (2006). Jeg kan ikke ha det slik! Eller kan jeg det? – ”mindfulness” og aksept i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *43*, 130–132.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on acceptance-based emotion regulation group intervention on for deliberate self-harm among women with Borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, *37*, 25–35.
- Gregg, J. A. (2004). A randomized controlled effectiveness trial comparing patient education with and without Acceptance and Commitment Therapy. Doktoravhandling, University of Nevada, Reno.
- Gutierrez, O., Luciano, C., & Fink, B. C. (2004). Comparison between accept-based and a cognitive-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, *35*, 767–784.
- Hayes, S. C. (1978). Theory and technology in behavior analysis. *The Behavior Analyst*, *1*, 25–33.
- Hayes, S. C. (1991). The limits of technological talk. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *24*, 417–420.
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 58–66.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. I S. C. Hayes, V. M. Follette, M. M. & Linehan, M. M. (Eds.) (ss. 1–29). *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639–665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G. et al. (2004). The impact of acceptance and commitment training on stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, *35*, 821–836.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R., & Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction. Distinguishing rule-governed from schedule controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *46*, 137–147.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance*.

- Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, *35*, 35–54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*, 553–578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E., Bissett, R., Batten, S., Piasecki, M. et al. (2004). A preliminary trial of a twelve-step facilitation and acceptance and acceptance and commitment therapy with poly substance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, *35*, 667–688.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science & Practice*, *1*, 138–156.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 351–355.
- Lundgren, T., & Dahl, J. (2005). Development and evaluation of an integrative health model in treatment of epilepsy: A randomized control trial investigating the effects of short-term ACT interventions compared to attention control in South Africa. Chicago: Association for Behavior Analysis.
- Marlatt, A. E. (1994). Addiction and acceptance. I S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (ss. 175–197). Reno, NV: Context Press.
- Marlatt, A. E., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Bowen, S. W., Parks, G. A., Macpherson, L. M., Lonczak, H. S., Larimer, M. E., Simpson, T., Blume, A. W., & Crutcher, R. (2004). Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug disorders. I S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (ss. 261–287). New York: The Guilford Press.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, *35*, 747–766.
- Murphy, E. S., McSweeney, F. K., Smith, R. G., & McComas, J. J. (2003). Dynamic changes in reinforcer effectiveness: theoretical, methodological, and practical implications for applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *36*, 421–438.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Lerner, J. B., & Tull, M. T. (2004). Acceptance, mindfulness, and cognitive-behavioral therapy: Comparisons, contrasts, and application to anxiety. I S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (ss. 66–95). New York: The Guilford Press.
- Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *3*, 311–328.
- Robins, C. J., Schmidt, H. III., & Linehan, M. M. (2004). Dialectical therapy: Synthesizing radical acceptance with skillful means. I S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M.

- Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (ss. 30–44). New York: The Guilford Press.
- Roche, B., & Barnes-Holmes (2003). Behavior analysis and social constructionism: some points of contact and departure. *The Behavior Analyst*, *26*, 215–231.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 54–68.
- Romme, M. A. R., & Escher, A. D. M. A. C. (1993). The new approach: A dutch experiment. I M. A. R. Romme & A. D. M. A. C. (Eds.), *Accepting voices* (ss. 11–27). London: MIND.
- Salkovskis, P. M., & Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 1–8.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. I S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (ss. 45–65). New York: The Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Sållman, J. I. (2006). Behandling av angst og skolevegning hos ung gutt ved hjelp av enkle atferdsanalytiske prinsipper. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, *33*, 49–56.
- Teasdale, J. D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. I D. M. Clarke & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive-behavior therapy* (ss. 67–93). New York: Oxford University Press.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006a). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006b). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *37*, 3–13.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. III, & White, L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 5–13.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Klein, S. B. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 500–508.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. I S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (ss. 211–237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 639–656.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, *53*, 197–215.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, *4*, 30–38.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, *45*, 436–445.