

Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

En behavioristisk psykoterapi

Niklas Törneke

Bland de nya former för psykologisk behandling som lanserats på senare tid har Acceptance and Commitment Therapy, ACT (uttalas som ett ord, det engelska ordet för "handling") rönt stort intresse, inte minst i Sverige. En sammanfattande bok finns på engelska (Hayes et al 1999). I augusti 2003 anordnades i Linköping den första världskongressen i ACT och den särskilda teori för språk och kognition som ACT grundas på, Relational Frame Theory (RFT). Denna artikel är ett försök att på svenska ge en grundläggande introduktion till ACT. En motsvarande introduktion till RFT har tidigare publicerats i Beteendeterapeuten/Sokraten (Törneke 2002, 2003). Även om ACT såsom specifik modell för psykologisk behandling är ny så är relationerna till andra former av psykoterapi tydliga. ACT är ett exempel på hur psykologisk behandling blir alltmer integrativ och hur gamla gränser mellan skolbildningar luckras upp. Låt oss därför börja med att ställa "detta nya" i relation till de två skolbildningar som dominerar den empiriskt inriktade psykoterapin, nämligen beteendeterapi och den kognitiva terapin.

ACT är en beteendeterapi.

På många sätt är det enklast att beskriva ACT såsom en direkt vidareutveckling av beteendeterapi. Teoretiskt grundar sig ACT på inlärningspsykologi och då särskilt på den variant som ser B. F. Skinner som sin lärofader. Denna inriktning använder ofta begreppet beteendeanalys som ett övergripande namn för det man gör, d.v.s. som en alternativ term till beteendeterapi. Den teoretiska grundsynen kallas radikal behaviorism, på senare år används även en något vidare term, funk-

tionell contextualism. Denna inriktning har alltid varit mycket noga med att basera sina interventioner på psykologisk grundforskning. De genombrott som skett på senare år i denna forskningstradition vad gäller förståelse av mänskligt språk och kognition (verbalt beteende) är själva utgångspunkten för ACT. På så sätt följer utvecklarna av ACT det gamla inlärningspsykologiska receptet att kliniska interventioner ska grundas på de upptäckter som psykologisk grundforskning i laboratorium klarlagt. Ett tillvägagångssätt som faktiskt är ganska ovanligt i dagens psykoterapivärld...

Denna bakomliggande basforskning är ett fält i snabb utveckling. Ett sextiotal studier har publicerats fram till i början på detta år och nya kommer i jämn takt. För en grundläggande genomgång av kunskapsfältet hänvisas till den bok i ämnet som publicerats (Hayes et al 2001) och för en kortare introduktion på svenska till ovan nämnda artikel.

Även kliniskt är det tydligt att ACT är just en beteendeterapi. Ett sätt att betrakta ACT är att se behandlingen som en vidareutveckling av två av beteendeterapins mest grundläggande och bäst empiriskt underbyggda behandlingsinterventioner, nämligen exponering och beteendeaktivering.

ACT som exponering.

Exponering är inte bara en del av ACT, som en i raden av olika interventioner. ACT är en exponeringsbehandling. Man har dock en utvidgad syn på exponering, det man skulle kunna kalla en operant syn. Traditionellt betonas att poängen med exponering är habituering. Respondenta funktioner avtar vid responsprevention. Inom ACT ser man detta som bara en del av effekten. En annan följd av att stanna i en situation som man tidigare undviktit är att nya operanter uppstår, som följd av att kontextuella faktorer kontakts som tidigare inte kunnat påverka organismen i fråga. Beteendepertoaren vidgas, blir mer flexibel. Man skulle alltså kunna säga att exponering-responsutvidgning är en bättre term än exponering-responsprevention.

En annan vidareutveckling kommer ur den beteendeanalys av språk och

kognition som ACT baseras på. Utifrån denna arbetas med just exponering för verbalt beteende (kognition plus av kognition färgade affekter, minnesbilder och kroppssensationer). Exponering sker alltså inte bara för yttre fenomen utan i hög grad för just inre upplevelser, det som ibland kallas interoceptiv exponering. För detta används en rad specifika tekniker, mer om dessa nedan. Här lånar ACT in tekniker hämtade från icke empiriskt orienterade psykoterapitraditioner, såsom exempelvis gestaltterapi. Men allt sker utifrån det egna grundläggande perspektivet, inte utifrån någon eklektisk variant av "blanda och ge".

ACT som beteendeaktivering.

Beteendeaktivering har en lång historia inom beteendeterapi, framför allt vid behandling av depressioner. En modern variant av detta gamla tema är Martell et als "Behavioral Activation" (2001). Detta löper som en röd tråd genom ACT. "Vald handling" är lösningen när språket och tanken blir en fälla. En vidareutveckling i ACT är sättet att prata om mål för handlingen. Mål är språkliga konstruktioner och för att de inte ska bli nya fällor (som leder bort från den enda möjliga platsen för handling, nuet) så fokuseras "alltid närvarande mål", värderingar. Här finns åter beröringspunkter med icke empiriska inriktningar av psykoterapi, i detta främst existentiella.

ACT och kognitiv terapi

Om man med kognitiv terapi menar en psykoterapi som grundas på kognitiv teori, en teori om informationsprocess, då är ACT inte en kognitiv terapi. Tvärtom är ACT teoretiskt en utmaning till kognitiv teori som man menar misstar sig i förståelsen av hur en människas handlingar styrs. I ett radikalbehavioristiskt perspektiv är orsaken till en människas handlingar aldrig "något därinne" utan orsaker kan endast sökas i kontexten, i nuet och i det förflutna. Ett avgörande skäl till detta synsätt är pragmatiskt. I detta perspektiv är man inte nöjd med att förstå ett förlopp. Man vill påverka. (Inom parentes sagt: denna ståndpunkt torde delas av de människor som söker psykologisk hjälp. Vem söker hjälp hos någon som man inte tror kan påverka en?) I psykologisk behandling har man inga verktyg för direkt påverkan av "det inre".

Det enda man förfogar över är att förändra kontexten, i nuet. All påverkan på "det inre" hos patienten/klienten sker indirekt, via det som sker i det yttre. Terapeuten och det hon/han gör befinner sig alltid i klientens "yttre". Om terapeuten säger något, t.ex., sker ju detta i det yttre, sett ur patientens perspektiv. Att ACT teoretiskt är kritiskt till kognitiv teori hindrar inte att det finns viktiga beröringspunkter. I centrum för kognitiv terapi har "tankens makt" alltid stått. Interventionerna i ACT grundar sig just på en förståelse av hur människans tänkande fungerar och på vilket sätt det spelar in i hennes övergripande handlingar. "Tankens makt" står i centrum också för ACT. Just verbalt beteende är en central mänsklig beteendeklass. Vissa nya trender i kognitiv terapi har också mer tekniskt uppenbara likheter med delar av ACT (Segal et al 2001). Även teoretiskt finns dock beröringspunkter. Det gäller i relation till den kognitiva terapi som är påverkad av socialkonstruktivism (Roche et al 2003).

ACT och psykopatologi

Mycket i modern beteendeanalys av språk och kognition talar för att det mänskliga språket har en central roll i det vi kallar psykopatologi. Det innebär till att börja med att "patologi" är en del av det naturliga. Vi sitter alla, i en mening, i samma båt. Att någon är deprimerad eller kraftigt handikappad av ångest innebär inte att man behöver söka andra processer än de som finns hos oss alla. Detta är i och för sig en gammal inlärningspsykologisk ståndpunkt. Det nya är insikter om det mänskliga språkets "biverkan". I grunden innebär det mänskliga språket att vår beteenderepertoar vidgas. Vi kan föreställa oss något vi vill ha (fast vi inte har någon kontakt med det eller aldrig tidigare haft kontakt), vi kan agera i relation till något som inte hänt, vi kan styra våra handlingar utifrån vad som "borde vara" o.s.v. Men samtidigt innebär denna förmåga att vi blir okänsliga för en del av de faktiska konsekvenserna som möter oss. Enkelt uttryckt har vi en benägenhet att fortsätta att göra saker som fungerar dåligt just utifrån att vi är styrda av språkliga konstruktioner. Vårt språkande hindrar oss att "ta in", att styras av, de faktiska konsekvenserna av vårt handlande. Språket har alltså även effekten att vår beteenderepertoar blir ri-

gid. Det är främst två sidor i språkets funktion som ger dessa effekter.

Kognitiv fusion. *Det mänskliga språket innebär att vi i vårt eget inre får responser som står i en särskild relation till "saker där ute". Vi kan i vårt inre se att vårt eget hus brinner upp även om vi aldrig upplevt detta. Själva poängen är förstås inte denna respons i sig utan att vi kan agera på den. Förmågan innebär dock att vi har en stark benägenhet att uppleva vår egen inre respons inte som en respons hos oss utan som "verkligheten". Vi gör saker (verbalt beteende) med vår omgivning och agerar sedan mot omgivningen utifrån "vad vi har gjort med den" snarare än utifrån dess faktiska beskaffenhet. Poängen är inte att det är "fel" utan att det verbala beteendet gör oss okänsliga för andra saker i vår omgivning, som kunde ha styrt vårt beteende annorlunda. Detta är till exempel tydligt i vår benägenhet att bedöma saker. Att en tröja är en dålig tröja innebär för oss lätt en egenskap hos tröjan (ungefär av samma art som att tröjan är av ull) snarare än en respons hos oss. Att "livet är meningslöst" blir också en egenskap hos något därute snarare än vad det är i sig själv, nämligen just en verbal konstruktion, en respons hos oss. Språket ger oss också möjlighet att betrakta oss själva som objekt och därmed att bedöma oss själva vilket i sin tur öppnar upp för att uppfatta dessa bedömningar ("jag är inte som jag skulle vara") just som om vi beskrev en egenskap som "finns där". Att utifrån denna språkliga konstruktion inleda åtgärder som är till för att "göra om sig" är ett exempel på de dysfunktionella handlingar som lätt dominerar oss människor. En annan typ av handlingar som till stor del är en följd av kognitiv fusion är den andra huvudkomponenten i "språkets biverkan" nämligen:*

Inre (eller upplevelsemässigt) undvikande. *Med detta menas avsiktliga åtgärder för att undvika, kontrollera eller minska olika inre upplevelser såsom tankar, känslor,*

minnen och kroppsliga sensationer. Vi människor undviker ofta på detta vis även när dessa åtgärder i sig har skadliga konsekvenser för livet i övrigt. Att detta ligger nära till hands hänger samman med att dessa inre fenomen via kognitiv fusion blir så mycket mer än de är "i sig själva". En tanke på att få en allvarlig sjukdom ger "ett smakprov" på hur den verkligheten skulle te sig. En viss negativ affekt blir "det som jag bara inte klarar av". Vi lockas att undvika våra egna responser som om de var det som de ger smakprov på. Problemet med detta har två sidor. För det första, om jag måste undvika att t.ex. känna mig osäker inför någon jag vill bekanta mig med så måste jag inskränka mina nya bekantskaper. Jag betalar ett pris. Livet smalnar. För det andra ger denna typ av undvikande i längden sällan vad det lovar utan har istället en benägenhet att ge mig mer av det jag försöker komma bort ifrån. Att försöka "inte tänka på" något väcker precis den tanke jag inte vill ha därför att regeln "tänk inte på cancer" innehåller precis den tanke regeln vill hålla undan. En ond cirkel etableras. Att backa från en ny bekantskap som jag hade velat närma mig, ger mig på samma vis en fortsatt historia som ökar, inte minskar, känslan av osäkerhet.

ACT som ACT

Nu övergår jag till att presentera ACT i sig, utan att primärt ställa behandlingen i relation till andra modeller. Det utesluter inte att det går att göra jämförelser med mycket som hör hemma på olika håll i psykoterapivärlden, vilket läsaren säkert själv kan konstatera.

ACT beskrivs bäst utifrån ett antal behandlingsprinciper. Det är dessa principer och inte enskilda tekniker som är behandlingsarbetets kärna. Dessa principer går dock delvis in i varandra och gränserna dem emellan kan dras på lite olika vis. Det gör att i olika presentationer av ACT varierar antalet principer och gränserna dras olika. Det kan te sig förvirrande. Jag nämner detta för att undvika onödig sådan förvirring för den läsare som redan läst texter om ACT och kanske minns att principerna där var t.ex. fem till antalet. Hav tröst, de kan lika gärna vara sex (Hayes et al 2004b) eller (som i denna text) fyra! Detta rör

sig dock endast om olika kapitelindelning. Berättelsen är en och densamma! Att jag väljer att beskriva principerna som fyra är rent praktiskt, jag uppfattar det som pedagogiskt tydligast. Att principerna beskrivs i en viss följd innebär inte att behandlingen nödvändigtvis följer just denna ordning. Samtliga principer finns med parallellt i behandlingen och betonas olika mycket med olika patienter, beroende på problematik.

Framkomlighet (princip ett)

Allt mänskligt beteende har en funktion. Människor kan agera på ett vis som ter sig märkligt, både för andra och för dem själva. Men ingen människa (eller annan organism) agerar slumpmässigt eller godtyckligt. Handlingar sker i ett sammanhang och har ett syfte. Därför börjar ACT alltid med frågor om vad som pågår, d.v.s. frågor om vad patienten gör, i vilket sammanhang de gör vad de gör och vilka konsekvenserna är av vad de gör. Detta kallas i beteendeterapi att göra en funktionell analys. I fokus står det problem patienten presenterar. Vad gör patienten för att tackla sitt problem? Vad har han/hon brukat göra? Att på detta sätt, tillsammans med patienten, göra en inventering av patientens problemlösningstrategi är startpunkten. Skälet till detta är kunskapen om hur verbala beteenden (kognition) fungerar och hur de ofta leder till den typ av undvikanden som beskrivits ovan. Människor med ångest och depressionsproblem t.ex. är ofta upptagna av att på olika sätt kontrollera eller undvika negativ affekt, obehagliga tankar och andra plågsamma inre fenomen. De gör detta som en lösningstrategi och är i dålig kontakt med de långsiktiga konsekvenserna av detta, som ju är att just förvärra den problematik som de försöker lösa. En analys av vad de gör syftar därför till att ställa dem inför frågan **"och hur framkomligt är detta"**? Hur fungerar det du gör? Tar du dig dit du vill?

Patienten har ofta å ena sidan en erfarenhet av att det de gör inte fungerar samtidigt som "det borde gå, andra kan, det är enda sättet" osv. Många kommer till psykoterapi med en uttalad eller underförstådd agenda; "hjälp mig att göra det jag redan gör, fast bättre". Patienten ser det som självklart att lösningen är att ta bort ångesten eller nedstämdheten, t.ex. Det är så de kämpar (samtidigt som deras egen erfarenhet visar på det omöj-

liga) och de förväntar sig att behandlingen ska fullfölja denna linje. Terapeutens första uppgift är att klargöra detta och att konfrontera denna agenda. *"Tänk om det är precis detta som inte går?"* Inom ACT kallar man detta "kreativ hopplöshet" och man betraktar denna erfarenhet som förändringens utgångspunkt. Poängen är inte att man vill få patienten att känna sig hopplös utan att hjälpa patienten att uppleva den gamla strategins hopplöshet.

Kontroll är problemet

Från detta försöker man ge denna problematiska strategi ett namn och göra den begriplig. Patienten har bara gjort det som för de flesta ter sig självklart och som han/hon (och vi alla!) har lärt oss. Inre undvikande är inbyggt i det mänskliga språket och är dessutom kraftfullt kulturellt sanktionerat. Men fungerar det? Här använder man sig av olika övningar och experiment för att tillsammans med patienten utvärdera hur det är med vår förmåga att kontrollera känslor, spontant uppdykande tankar, minnesbilder m.m.

Terapeuten: Om jag säger en sak till dig, t.ex. "Spanien", vad dyker då upp för dig?

Patienten: Hmm, sol, en fin sandstrand...Jag var där på semester för ett par år sedan, jag minns det...

Terapeuten: Okey, man kan kanske säga att om man vill förstå hur det kommer sig att sol och en fin sandstrand dyker upp hos dig nu så är det två saker som styr. Dels att jag säger "Spanien" nu (om jag inte sagt det skulle det antagligen inte ha dykt upp, just nu) och dels att din tankeapparat i det läget hämtar upp en del saker ur ditt förflutna. Om man nu säger att när vi ses igen nästa vecka och jag åter igen säger "Spanien" så ska inget av det där ur ditt förflutna dyka upp, hur fixar du det?

Patienten: Det blir svårt..., kanske kan jag försöka tänka på nåt annat...Fast det skulle nog dyka upp ändå. Det fick jag nog jobba på, jag vet inte.

Den här typen av dialog kan utvecklas på olika vis för att utforska varthän försök att kontrollera inre fenomen faktiskt leder. Detta exempel gällde minnesbilder men samma sak kan göras med tankar och känslor. Efter att

ha gjort detta med neutrala fenomen gör terapeuten en koppling till för patienten mer centrala ting såsom känslan av ångest och nedstämdhet eller tankar att "jag klarar inte detta". Varthän leder försöken att kontrollera inre fenomen, att bli av med dem? Avsikten är inte att vinna en debatt med patienten utan att sätta patienten i kontakt med sin egen faktiska erfarenhet. **Hur framkomligt är det att trycka undan vad du känner, att tänka på något annat, att kontrollera ångesten?**

Framkomlighet löper därefter som en röd tråd genom behandlingen. Att hela tiden sätta framkomlighet i centrum blir ett sätt för terapeuten att hjälpa patienten att i högre grad lita till sin faktiska erfarenhet än till verbala konstruktioner. *Har dina handlingar de konsekvenser som du uppfattar som önskvärda? Kommer du dit du vill? Fungerar det du gör?*

Villighet (princip två)

Alternativet till kontroll är villighet (acceptans). När man i ACT talar om acceptans är det inte resignation. Inte "så här har det varit och så här kommer det att förbli". Det är villighet att ha, i stunden, det som stunden ger. Det är inte heller acceptans av sådant som man kan förändra. Det är inte en uppmuntran att acceptera (och inte göra något åt) en misshandlande partner eller ett själstdöande arbete. Det är inte heller att "stå ut" eller att "bita ihop". Bakom sådana formuleringar gömmer sig ofta tvärtom mer kontrollförsök, man gör detta för att "komma ut på andra sidan". Villighet som alternativ till inre kontroll är att "andas in" den upplevelse (tankar, känslor, kroppsliga sensationer) som de närvarande omständigheterna och min historia ger mig. Att ha utrymme för allt detta, att ge det upplevelsemässig plats. Ordet acceptans har ursprungligen betydelsen "att ta vad som erbjuds".

En övning som ofta används för att arbeta med detta är "Det värsta som kan hända". Efter överenskommelse hjälper terapeuten patienten att i sin föreställningsvärd kontakta en inre bild av just det värsta som skulle kunna ske. Det kan vara ett minne eller en tänkt framtid, det som patienten helst vill hålla ifrån sig. Avsikten är i detta skede inte att mildra eller förändra detta scenario utan att just möta det, så långt som det går i denna typ av övning. (Inom parantes sagt, det är förvånansvärt hur kraftfulla och

”verkliga” den här typen av övningar faktiskt ofta blir.) Man kan komplettera denna inre exponering med att patienten, som en andra fas i övningen, skriver ned vad som spelat upp sig på ett papper.

Efter att ha lämnat utrymme för spontana reflektioner eller kommentarer från patienten för terapeuten in frågan; ”*Det som du nu mötte, tankar, känslor, bilder, är du villig att ge utrymme för detta? Om detta ges dig på den väg du vill gå, är du då beredd att ge det en plats?*” Terapeuten är tydlig i att frågan inte gäller det som patientens upplevelse ”pratade om” (exempelvis att patienten skulle bli tokig, eller att hans barn skulle ta avstånd från honom) utan om upplevelsen i sig, det som faktiskt är där. Övningen kan i sig bli en bra utgångspunkt till att prata om skillnaden mellan dessa två. Det patienten, i detta skede, faktiskt möter är tankar, känslor bilder. Man är nog med att betona att det man pratar om är inte en känsla av villighet, eller en viss föreställning om villighet. Det vore bara mer verbalt beteende. Det man visar på är villighet ”med fötterna”, villighet som handling. ”Att sätta handen till plogen”.

Terapeutens egen hållning

Ett väsentligt inslag i ACT är terapeutens förmåga att själv göra det som terapeuten handlar om. Villighet är ett exempel på detta. Att arbeta med patienter väcker ofta obehag också för terapeuten. Att som terapeut vara villig att möta det som erbjuds i mötet med en annan människa, som ofta är i svår plåga, är ingen självklarhet. Många av oss vet hur svårt det kan vara, och hur ovilliga vi ofta är, att möta t.ex. den upplevelse av maktlöshet som arbetet som psykoterapeut ibland ger. Detta riskerar att resultera i ett undvikande från terapeutens sida. *Känn och tänk inte som du känner och tänker för jag står inte ut med vad jag känner och tänker när jag möter detta hos dig!* Ingen terapeut skulle öppet säga så till sin klient. Risken finns dock att vi kommunicerar precis detta som en följd av vårt eget undvikande. I utbildning i ACT betonas därför vikten av att terapeuten arbetar med sig själv efter de principer som ligger till grund för terapin.

Defusion (princip tre)

Kognitiv fusion är kärnan i den proble-

matik ACT söker motverka. Vi människor reagerar på det som händer oss utifrån en konstruktionsprocess som vi ofta inte noterar att den pågår. En huvudprincip i ACT är därför att, på viktiga punkter, sätta denna normala språkliga process ur funktion. Man kan säga att man tillsammans med patienten försöker sätta upp en ovanlig ”språklig kultur” där en del vanliga regler sätts ur spel. Detta sker på flera sätt.

1 Terapeuten agerar i relation till saker patienten säger på ett sätt som tydliggör tankar och ord som något som sker nu, i motsats till det de refererar till. Om patienten säger att ”*det kommer jag inte att klara*” kanske terapeuten svarar ”*så du fick den här tanken; det kommer jag inte att klara*”. Poängen är inte huruvida det patienten säger eller tänker är sant eller inte. Terapeuten försöker hjälpa patienten att lägga märke till själva processen snarare än att fångas av innehållet.

2 Man använder övningar avsedda att illustrera språkets illusoriska karaktär. En lite märklig sådan övning är ”Mjolk, mjolk, mjolk.”. Detta ord har ju sin funktion genom att det står i relation till verklig mjolk och därmed framkallar inre bilder hos läsaren av något vitt, flytande eller kanske av ett särskilt slags paket (som mjolk brukar finnas i). Det är närmast omöjligt att höra detta ord (eller läsa det!) utan att få kontakt med något av detta. Övningen går till så att patient och terapeut tillsammans, högt och snabbt, säger ordet mjolk om och om igen. Gör man det försvinner, för ett kortare ögonblick, dessa indirekta funktioner hos ordet och det framstår i sin ”nakenhet”, som det är i sig självt, ett ljud.

3 En rad andra övningar används där poängen är att sätta patienten i upplevelsemässig kontakt med en viktig men klurig skillnad. Skillnaden mellan att iaktta sina tankar som tankar och att iaktta världen utifrån sina tankar. Man

övar sig i förmågan att skilja på vad en tanke är i sig själv å ena sidan och vad den ”pratar om”, vad den refererar till, å den andra. Detta har stora likheter med vad som i många sammanhang kallas mindfulness (Törneke 2002).

4 Ett annat sätt att minska tankens makt är att hjälpa patienten att skilja ut sig själv från ”det som dyker upp inuti”. Det kan ske genom att terapeuten systematiskt behandlar patientens inre fenomen (och sina egna) som något separat, såsom utifrån kommande. ”*Så din tankeapparat säger till dig... På ett sätt kan man säga att vi är fyra här inne... du och din tankeapparat och jag och min tankeapparat*”.

Jag själv och mitt innehåll

En särskild negativ följd av kognitiv fusion är det hot som plågsamt innehåll (tankar och känslor) innebär för vår upplevelse av oss själva, vilka vi är. Det är detta som ofta benämns ”självbild”. För att hjälpa patienter att vara villiga att möta sådant plågsamt innehåll utan att styras av det använder man i ACT övningar och metaforer som är avsedda att få patienten att erfaras en mer transcendent sida av sig själv. Med detta avses den upplevelse av personlig kontinuitet som vi alla har och som man också har skäl anta är en följd av det mänskliga språket. Vad vi än har varit med om har det alltid skett utifrån ett visst perspektiv, nämligen; ”jag, här, nu”. Detta lyfts fram i ACT, som en upplevelsemässig position varifrån man kan möta det som är svårt. Detta är alltså en funktion av det mänskliga språket som man ser som en bundsförvant i ACT.

En metafor avsedd att illustrera detta är Schackspelet.

Tänk dig ett schackspel som går ut åt alla håll. Svarta pjäser i ett lag och vita i ett annat. Man skulle kunna säga att detta är likt hur vi upplever oss själva. Vi har tankar och känslor vi inte gillar (svarta kanske) och sådana vi gillar (vita). Ofta identifierar vi oss med pjäserna och det är som om det viktigaste av allt är att det vita laget ska vinna. Vi hoppar upp på den vita löparen och kämpar för att slå de svarta pjäserna av brädet. Men det är två problem med detta. Dels hamnar vi i strid med oss

själva, eftersom även det svarta finns hos oss och dels finns ju frågan hur det går. Blir du av med dina svarta pjäser? Tänk nu om vi inte är våra pjäser? Tänk om vi istället är brädet? Har brädet svårighet att bära pjäserna? Det är som om man kan förhålla sig på två olika nivåer, pjäsnivå och brädnivå. På pjäsnivå kämpar man för att vinna spelet i sitt eget inre. På brädnivå ger man upp att vinna spelet men man kan bära alltihop och röra sig i livet.

Om patienten knutit an till denna metafor kan terapeuten återvända till den i lägen när patienten åter tycks fastna i den hopplösa inre kampen genom att säga något som:

Du, jag undrar, är detta på pjäsnivå eller brädnivå?

Att ta riktning mot det man sätter värde på (princip fyra)

Den första grundläggande principen i ACT är framkomlighet. Men framkomlighet mot vad? Svaret på den frågan kan bara patienten själv ge. Men i ACT uppfattar man det som en viktig del av terapin att hjälpa patienten att svara på den frågan.

ACT är en exponeringsbehandling och har en kostnad för patienten. I terapin uppmuntras patienten att engagera sig i sammanhang som väcker obehag och plåga. Detta sker dock inte för plågas skulle eller för att det skulle finnas något värde i sig i att möta negativ affekt. Värdet ligger i att om patienten upphör att undvika dessa inre "hinder" är han/hon fri att röra sig. *Och då blir frågan viktig, vart vill du gå? Om ångesten, tankar att du inte klarar, plågsamma minnesbilder o.s.v. inte längre tillåts fungera som hinder, vart vill du gå? Vad är, till syvende och sist, viktigt för dig i ditt liv?*

I ACT betonar man ofta det mänskliga språkets fällor, att språket ställer sig i vägen för oss. Här försöker terapeuten tvärtom hjälpa patienten att använda språket på ett område där det är mycket användbart, nämligen att konstruera önskvärda konsekvenser och ta riktning mot dem.

På många sätt är detta likt att sätta upp mål för behandlingen. I ACT ser man dock en risk i målsättningar som ligger "där framme". Mål är per definition något man inte nått och blir därför lätt förknippat med egen brist, som om man måste ha något där framme för att kunna

leva sitt liv. För att undvika denna fälla arbetar man med grundläggande livsmål (värderingar), en slags processmål. *"Vad vill du att ditt liv ska stå för?"* Terapeuten hjälper patienten att se över olika livsområden såsom intim relation, familj, arbete, vänskapsrelationer m.m. och formulera svar på frågan vad han/hon sätter värde på, vilka de viktiga ledstjärnorna är. Det kan ske via användande av olika formulär men också i ett fritt samtal.

När patienten formulerat något av detta ställs frågan *"och vilka konkreta steg kan du ta nu i riktning mot det?"* Om patienten sagt sig vilja vara en stödjande förälder för sina barn ställs frågan: *"i just denna situation, där du befinner dig nu, vilken handling skulle vara i enlighet med att vara en stödjande förälder?"* Lagg märke till att detta inte är mål långt borta, de är här nu. Samtidigt är de mål som står kvar, de är inte saker man uppnår en gång för alla.

I ACT är detta en naturlig punkt utifrån vilken man konstruerar hemuppgifter som en del av behandlingen. Patienten uppmuntras att ta faktiska steg i den riktning han/hon värderar. Andra typer av hemuppgifter är självregistrering, t.ex. av de hinder som dyker för patienten, och andra övningar i självakttagelse och acceptans. Allt detta fungerar som det jag beskrivit ovan, exponering med responsutvidgning.

Frågan om vad patienten sätter värde på är ofta uppe tidigt i terapin, som försök att just ta reda på viken riktning arbetet ska gå. Ofta sker dock en fördjupning senare i arbetet. För många kan det vara svårt att ens prata om dessa saker i ett tidigt skede, utifrån att man är så fastlåst i en strategi av undvikande. Om man lever sitt liv långt ifrån det man själv sätter värde på kan det vara plågsamt att bara prata om hur man egentligen skulle vilja leva. Arbeta med den nuvarande strategins framkomlighet, med villighet och defusion måste ofta göras innan man kan återgå till vart patienten vill gå om de inre hindren tappat just sin hindrande funktion.

Desto längre arbetet går desto mer konkret blir det. Verklig förändring är förändring i var man sätter sina fötter

Att använda metaforer, ett avslutande exempel

Användning av såväl metaforer som upplevelsebaserade övningar är centralt i ACT och en direkt följd av den teori om språket som ACT grundas på. Det finns en särskild svårighet i att bedriva psykoterapi utifrån en teori om att det är det mänskliga språket som är "boven i dramat". All psykoterapi är till stor del prat-terapi, även ACT. Samtidigt är själva avsikten med ACT att hjälpa patienten till ökad frihet i relation till det mänskliga språket och att dess styrkraft ska avta på områden där det leder till dysfunktionella handlingar. Upplevelseövningar är ett sätt att göra detta. Användning av metaforer är ett annat. Metaforer är visserligen språkliga men de har en benägenhet att sätta oss människor i kontakt med icke språkliga funktioner i högre grad än ett mer faktiskt beskrivande språk gör.

I ACT finns en rad färdiga metaforer avsedda att illustrera olika skeenden i förändringsarbetet. Terapeuten uppmanas dessutom att plocka upp nya metaforer från patienten och att skapa nya. Många centrala metaforer kan användas för att illustrera flera aspekter av arbetet. Låt mig avsluta med att ge ett exempel. Du arbetar med en patient som har någon form av ångestproblem (social fobi, tvång, agorafobi med panik) och analysen så här långt har visat att vissa typer av situationer utlöser stark negativ affekt (rädsla), kroppsliga obehag och vissa typiska tankar på katastrof (*"jag blir tokig, tänk om de ser att jag är nervös, tänk om spisen står på, det här klarar jag inte..."*). I dessa situationer agerar patienten på olika vis för att undanröja den risk han/hon upplever. Eftersom dessa reaktioner till viss del kan förutsägas (vissa situationer gör dem mer troliga) så avstår patienten från att göra vissa saker/gå till vissa platser. Problemet är dels att ångesten ändå dyker upp ofta och dels att undvikandet har ett högt pris. Livet smalnar, det finns så mycket som inte kan göras (och som patienten vill göra) på dessa premisser.

"För dig dyker all denna plåga upp i vissa situationer, som du beskrivit. Låt oss anta (som ett lite färdigt exempel) att för mig är det så att plågan dyker upp när jag går på trögol. För övrigt går saker ganska bra, men om jag stiger på trögol då uppstår allt detta (panik, rädsla, konstiga kroppsliga sensationer

som jag inte kan kontrollera etc.). Hur ska jag lösa detta? Visst vore det ganska naturligt om jag löste det genom att inte gå på trägolv? Om jag har anledning tro att ett trägolv ligger i min väg försöker jag ta en annan väg och om jag ändå hamnar på ett så försöker jag ta mig därifrån så fort som möjligt. Naturligt. Men det kan finnas problem. Tänk om det finns saker jag vill ha som står på trägolv? Tänk om man renoverar om min arbetsplats och sätter in trägolv? Tänk om min dotter flyttar till ett hus med trägolv? Jag kan fortfarande låta bli att gå dit, men det har ett pris. Ett högt pris. Och det finns ytterligare ett problem. Jag vet inte i förväg var alla trägolv är. Hur ska jag göra när någon bjuder hem mig till sin bostad första gången? Fråga om de har trägolv? Fråga någon som känner dom... Problemet är att jag alltså väldigt ofta måste vara på min vakt, d.v.s. jag måste tänka en hel del på trägolv. Det går inte att undvika trägolv utan att tänka på dom. Det vill säga att just i mina försök att hålla trägolv borta från mitt liv kommer tankar på trägolv att få en allt större plats. Och eftersom tankar på trägolv känns som trägolv till viss del så ligger rädslan nära till hands, även när jag är borta från faktiska trägolv. ”

I det här skedet kan det vara viktigt med en återkoppling till patientens erfarenhet. Känner han igen detta? Om så är fallet kan man fortsätta.

”Jag kan leva så här. Men priset är högt. Och jag är ändå inte av med det jag vill bli av med. Tänk om det är så att enda sättet att ändra på detta, att ta kontroll över mitt liv, är att faktiskt våga mig ut på trägolv? Om det här är likt ditt problem, vad skulle det innebära för dig att våga dig på det?”

Lägg märke till att inom ramen för denna metafor kan man prata om åtminstone tre av ovan nämnda principer; framkomlighet, villighet och vad det skulle innebära att ta riktning mot det man sätter värde på. Kanske även defusion utifrån vad man kan göra för att hålla riktning på trägolv, när ens tankeapparat ger en alla ”goda” skäl i världen att fly!

ACT och empirisk forskning

Vilket är då det empiriska stödet för Acceptance and Commitment Therapy? Svaret på den frågan är tudelad.

ACT är en vidareutveckling av två av beteendeterapins empiriskt bäst väldokumenterade behandlingsprinciper. ACT inkluderar både exponering och beteendeaktivering i klassisk mening och så till vida är det empiriska stödet starkt.

Detta är kanske inte vad man vanligen frågar efter, dock. Frågan avser oftare randomiserade empiriska studier som jämför ACT som behandlingspaket med annan behandling eller ingen behandling alls.

När denna artikel skrivs finns nio sådana studier som är publicerade. Dessa inkluderar behandling av psykotiska symptom, depression, stress på arbetsplats och rökavvänjning. Studierna är dock ganska små. Dessutom finns en rad icke randomiserade studier, bland annat av olika delkomponenter av ACT samt över 20 fallstudier. Dessutom finns något så ovanligt som en studie som visar att ACT-utbildning gör kliniker generellt bättre i att uppnå resultat med sina klienter (Strosahl et al 1998). Att utbildning i psykologisk behandling faktiskt ger sådana resultat tas ofta för givet men denna typ av empiriska studier är sällsynta.

För en sammanfattande diskussion av ovan nämnda studier samt frågan om det empiriska stödet mer allmänt hänvisas till en nyligen publicerad artikel (Hayes et al 2004a). Under hösten 2004 kommer ett nummer av Behavior Therapy att ägnas åt ACT och kommer bland annat att inkludera ytterligare flera empiriska studier, bland annat en från Sverige (JoAnne Dahl m.fl.). En stor studie där ACT jämförs med 12-stegsprogrammet vid behandling av heroinmissbruk kommer också att ingå.

Sammanfattningsvis är forskningsläget för ACT lovande, men mycket återstår att göra. Vad som enligt min bedömning framförallt saknas i nuläget är stora studier av effekt vid depression och något av de vanligaste ångestsyndromen.

För värdefulla synpunkter på en tidigare version av detta manuskript vill författaren tacka Erling Hansen, Göran Sunna och Rikard Wicksell

Referenser

Hayes, S., Barnes-Homes, D., Roche, B. Ed (2001) *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum/Kluwer

Hayes, S.; Masuda, A.; Bissett, R.; Luoma, J.; Guerrero, L. (2004a). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies ? *Behavior Therapy*, v. 35, Part1, s. 35-54

Hayes, S. & Strosahl, K. (Eds.) (2004b). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Plenum/Kluwer. Under tryckning

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999) *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavioral change*. Guilford Press

Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001) *Depression in Context: Strategies for guided action*. Norton

Roche, B., Barnes-Holmes, D. (2003) Behavior Analysis and Social Constructivism: Some points of contact and departure. *The Behavior Analyst*, v. 26

Segal, Z., Williams, M. Teasdale, J. (2001) *Mindfulness-based Cognitive Therapy*. Guilford Press

Strosahl, K., Hayes, S., Bergan, J., & Romano, P. (1998). Does field based training in behavior therapy improve clinical effectiveness? Evidence from the Acceptance and Commitment Therapy training project. *Behavior Therapy*, v. 29, s. 35-64.

Törneke, N. (2002) Mindfulness och Psykoterapi. *Sokratens* nr 3 2002 s.4-9

Törneke, N. (2002, 2003) Relational Frame Theory; en psykologisk teori om kognition och mänskligt språk. *Beteendeterapeuten* nr 4 2002, s.19-23 / *Sokratens* nr 1 2003, s.3-8