

Aksept- og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi

Børge Holden Habiliteringstjenesten i Hedmark

ACT er en såkalt tredje generasjons atferdsorientert psykoterapi. Den vektlegger psykologiske fenomeners kontekst og funksjoner, normale verbale prosesser som årsak til patologi, og betydningen av oppmerksom tilstedeværelse.

Innledning

Utvikling av atferdsorientert behandling kan sies å ha skjedd i tre generasjoner (Hayes, 2004a, 2004b; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006): Første generasjon atferdsterapi, på 1950- og 60-tallet, besto av metoder basert på respondent (klassisk) og operant betingning, som eksponering for angstvekkende situasjoner og forsterkning av atferd. Angst, fobier, tvangslidelse og depresjon, og opplæring og behandling av personer med utviklingshemning, autisme og schizofreni var viktig. Endring av atferd skjedde mest gjennom direkte erfaring; språk spilte mindre rolle.

Rundt 1970 oppsto andre generasjons atferdsterapi, i form av kognitiv terapi eller kognitiv atferdsterapi. Språk og kognisjon ble viktigere, sammen med metoder fra første generasjon. Pasienten skulle tenke mer rasjonelt, endre kognitive skjemaer, realitetsteste og eventuelt eliminere automatiske tanker, og attribuere hendelser mer positivt. Dette skulle dempe vonde følelser og bidra til adaptiv handling. Aaron T. Becks behandling av depresjon er et eksempel (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Forholdet mellom kognisjon og øvrig atferd var mer basert på en folkepsykologisk rasjonale enn på vitenskap. Tradisjonell kognitiv atferdsterapi er fortsatt viktig, og er effektivt i mange situasjoner, men det er uklart i hvilken grad effekter skriver seg fra kognitive komponenter og ikke andre atferdskomponenter. Noen studier tyder på at de betyr nokså lite (Dobson & Khatri, 2000), og at det er uklart hva som fører til endring (Burns & Spangler, 2001; Ilardi & Craighead, 1994). Atferdsanalytikere har kritisert kognitiv atferdsterapi for en for enkel, mekanisk forståelse av forholdet mellom kognisjon og øvrig atferd, og for å bestå av teknikker og manualer for topografisk definerte tilstander, det vil si diagnosekategorier. Kognitiv atferdsterapi kritiseres for å være for opptatt av å prøve å endre private opplevelers hyppighet, intensitet og form. I verste fall kan en oppmuntre strategier som pasienten har mislyktes med og som er en del av problemet. Hva lidelser funksjonelt har felles, er lite vektlagt, og grunnforskning brukes lite til å forbedre behandling (se Hayes, 2004a; Hayes et al., 2006).

Atferdsanalysen satt på gjerdet mens kognitiv atferdsterapi vokste fram, og drev lite med samtalebehandling av pasienter. Atferdsanalysens mål har imidlertid hele tiden vært å forstå kompleks, verbal atferd hos mennesker og å behandle slik atferd (Skinner, 1938). Atferdsanalysen har også blitt en viktig del av tredje generasjons atferdsorientert behandling. Hayes (2004b) skriver at denne «er basert på en empirisk, prinsippfokuset tilnærming. Den fokuserer på psykologiske fenomeners kontekst og funksjoner, ikke bare på deres form. Derfor vektlegger den kontekstuelle og opplevelsesmessige endringsstrategier i tillegg til mer direkte og didaktiske. Den prøver å skape brede, fleksible og effektive repertoarer heller enn å fjerne snevert definerte problemer, og legger vekt på dette både for terapeuter og pasienter»

(s. 658, min oversettelse). En av retningene er aksept- og forpliktelsesterapi (acceptance and commitment therapy), eller ACT, som er basert på atferdsanalyse. Jeg skal gi en innføring i denne.

Grunnleggende atferdsanalytiske synspunkter

Atferdsanalysen framhever kontekstens betydning for atferd. 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 i pasientens kontekst, og kan bare påvirke pasientens atferd ved å endre forhold der og ikke i pasientens «hode». Vekten er på individuelle verdier og mål, og på at terapi *virker*. Sannhetskriteriet er pragmatisk: Prinsipper for atferd, som forsterkning, er praktiske redskaper, ikke ontologiske realiteter. Atferdsanalyse har faktisk mye felles med sosial konstruksjonisme, selv om atferdsanalyse fokuserer mer på prediksjon og påvirkning (Hayes, 2004a; Hayes et al., 2006; Roche & Barnes-Holmes, 2003). Pragmatisme medfører også at begrepet «symptom» er stuerent. Symptomer er imidlertid atferd i seg selv, inkludert tenkning og føling, ikke tegn på noe bak det vi observerer. Et viktig standpunkt er at tenkning og føling ikke kontrollerer øvrig atferd direkte (se bl.a. Skinner, 1953). En slik kontekstuell presisering er vanskelig å finne innenfor kognitiv atferdsterapi. Atferdsanalyse har også et eget syn på «sinnet», «jeg-et» eller «selv-et». I stedet for å oppfatte disse fenomenene som enheter som styrer atferd, betraktes de som repertoarer av føling, evaluering, kategorisering, sammenligning, planlegging, resonnering og husking, det vil si kontinuerlig aktivitet (se bl.a. Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Synet på psykopatologi

Psykiske lidelser defineres mye ut fra ubehagelige følelser, tanker og minner, jf. ICD-10. Ubekvemsomme opplevelser oppfattes ofte 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 mener at mange modeller bygger for mye på forestillinger om en sunn normalitet, og er uenig i at det som defineres som psykopatologi nødvendigvis er unormalt. Et viktig poeng er den store utbredelsen av rus, usikkerhet, depresjon, angst, selvmordstanker, ensomhet, aggresjon, skyhet, sterke fordommer og vold. Atferdsanalysens syn er at lidelse langt på vei er normalt, og at kulturelle forestillinger om normalitet kan være skadelige. Fravær av smerte, angst, tristhet og sinne bør ikke være et overordnet mål, og et liv uten dette betraktes både som vanskelig å oppnå og som et potensielt hinder for å leve i tråd med egne verdier. Fravær av ubehag kan i verste fall bety koma. En vektlegging av å «få ut det onde og inn det gode» betraktes ikke som helse, men som «glasert galskap» (Hayes et al., 1999). Ifølge atferdsanalysen er det brukt mye ressurser på å studere antatt unormale prosesser som kan ligge til grunn for psykopatologi. Atferdsanalysen mener snarere at *normale*, særlig verbale, prosesser kan ha destruktive effekter. Målet er å oppdage normale prosesser som bidrar til psykopatologi og å utnytte dem i behandling.

Atferdsanalytisk forståelse av språk, eller verbal fungering, som grunnlag for ACT

Gran (2006) har rett i at ACT bygger på «mindfulness», eller «oppmerksom tilstede-værelse», inspirert av buddhistisk Vipassana-meditasjon (se også Hayes, 2002). ACT har også «mindfulness» felles med flere tredje generasjons terapiretninger, for eksempel dialektisk atferdsterapi (se Hayes, Follette & Linehan, 2004; Kåver & Nilsson, 2005). ACTs forståelse og behandling av psykopatologi er imidlertid mer basert på «relasjonell rammeteori» («relational frame theory», RFT), en nyere atferdsanalytisk tilnærming til studiet av verbale fenomener (Hayes et al., 2001). Det sentrale er at mye som vi sier og forstår, ikke er direkte lært, men *utledet*. RFT beskriver hvordan dette foregår i form av gjensidig utledning, kombinerende utledning og omdanning av stimulusfunksjoner. Et eksempel på det siste er relasjonen mellom ordet «heis» og virkelige heiser hos personer med heisfobi: Ordet heis framkaller noe av den samme redsel som en heis. Grunnen er at ordet og heisen er forbundet med hverandre, ikke at ordet heis er parett med frykt i en virkelig heis. Vi kan også lære at «elevatør» betyr heis. Dermed omdannes ordet elevatørs funksjon slik at det vekker angst. Eksperimenter viser at ikke minst emosjonelle responser overføres gjennom utledede relasjoner (Dougher, Augustson, Markham & Greenway, 1994; Hayes et al., 2001).

Vår utledning påvirkes av hvilke relasjoner mellom stimuli vi har erfaring med. Den er altså lært. Vi kan beskrive og reagere på utallige former for relasjoner, avhengig av konteksten. Hvordan vi relaterer stimuli, påvirkes av oppgaven vi skal løse, det vil si hvilken relatering som kan bli forsterket. Vi kan i prinsippet relatere nær sagt hva som helst på en rekke ulike måter. De mest grunnleggende relasjonelle rammene er (Hayes et al., 2001):

- *Koordinering*, det vil si relasjoner som lik, samme og identisk.
- *Motsetning* kan beskrives ved hjelp av «ikke».
- *Forskjell* er åpnere enn motsetning. Får vi vite at en person har et annet aggresjonsnivå, vet vi ikke om det er høyere eller lavere. Dette må undersøkes.
- *Sammenligning* er relasjoner som større-mindre, høyere-lavere og dårligere-bedre.
- *Hierarkiske relasjoner* er mer komplekse enn sammenligning.
- *Betingelse og årsak*: Vi utleder årsaker og hierarkier av årsaker på grunnlag av rekkefølge, tids- og rommessig nærhet, påvirkbarhet og kulturelle forestillinger.
- *Deiktiske relasjoner* er perspektiver som her-der, nå-da, jeg-du, vi-dem. Delene har ingen formelle motstykker. Det ser ut til at relasjonene læres 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?». Situasjonen er ulik hver gang, men relasjoner som jeg-du, her-der og nå-da er konstante.

Barn lærer slike relasjoner gradvis (se Hayes et al., 2001). Fra utledede relasjoner utleder vi nye relasjoner og danner komplekse nettverk. Utledede relasjoner er grunnlag for avansert verbal atferd, både snakking og lytting. Verbal atferd har åpenbare positive sider: Gjør vi et dumt valg, kan vi evaluere valget negativt. Dette endrer situasjonens funksjon neste gang, og vi kan gjøre noe annet. Vi kan snakke om fortid og konstruere i framtid. Vi kan glede oss til noe vi aldri har vært i kontakt med. Forsterkere og aversive stimuli kan oppstå via verbale beskrivelser. Vi kan holde oss unna farlige hendelser som andre beskriver, og få gode råd. Hører vi at noe ikke er farlig, kan redsel opphøre. Vi kan etablere og følge regler. Verbal fungering er en forutsetning for sunn selvkontroll, og i praktiske situasjoner er språket uunnværlig. Det er imidlertid et paradoks at mennesker i vår del av verden lider så mye. ACT

mener at det er flere verbale grunner til dette: Språket hadde opprinnelig praktiske funksjoner, knyttet til overlevelse. Å fortelle om kroppslige tilstander var en slik funksjon. Språk oppsto neppe fordi det kunne få oss til å føle oss vel og til å forklare alt vi gjør. En rekke verbale ferdigheter kan volde problemer (Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001). Vi kan:

- Reagere like emosjonelt på beskrivelser av hendelser som på selve hendelsene. Ordet «død» kan vekke følelser og være viktig å unngå. Vi kan gråte når vi snakker om hendelser for første gang.
- Reagere på ordene «Jeg er håpløs» som på at jeg *er* håpløs.
- Gremmes over fortid og grue oss for framtid.
- Tenke på å begå selvmord som en verbalt konstruert unnslippelse; vi kan ikke ha erfart dette.
- Utlede skam; det trenger ikke å være påført av andre.
- Utvikle sterke fordommer mot noe vi vet lite om.
- Koordinere, eller reagere likt på medlemmer av kategorier. Dårlig erfaring med ett medlem av det annet kjønn kan få oss til å unngå andre medlemmer.
- Analysere årsaker, som før-etter og hvis-så.
- Bekymre oss og la være å handle der vi burde konsentrert oss om å handle.
- Evaluere og sammenligne måter å være på, se ut og ha det på, og se at vi ikke strekker til for eksempel i forhold til populærkulturen.
- Tenke at «Jeg har angst, angst er ikke bra, jeg må ikke ha angst», og på hva vi kan gjøre for ikke å føle angst, som hva vi må tenke på og ikke å tenke på for ikke å få angst.

Atferd kan påvirkes mer av rigid verbal fungering enn av kontakt med omgivelser, inkludert egen kropp (Hayes, Brownstein, Haas & Greenway, 1986). Vi kan bli verbale og rasjonelle inntil det irrasjonelle. Likevel går det bra med de fleste. Basert på RFT spesifiserer ACT noen verbale funksjoner som kan bidra til psykiske problemer (se Hayes et al., 1999; Wilson et al., 2001).

Verbale aktiviteter som kan bidra til utvikling av psykopatologi

Kognitiv fusjon

Vi tillegger verden utenfor oss positive og negative egenskaper. Av og til er vi uenige. Dette minner oss ofte på at vi evaluerer og ikke snakker om absolutte egenskaper. Vi evaluerer også våre opplevelser og oss selv. Angst og tristhet er ubehagelige følelser, men også verbale kategorier som vi kan evaluere som gode, dårlige, fæle og uutholdelige. Problemet er at vi kan oppfatte slike evalueringer som absolutte egenskaper ved opplevelser og oss selv, ikke som evalueringer. De fungerer bokstavelig; vi reagerer på dem som på absolutte egenskaper som er uavhengige av vår evaluering: «En redd person som konstruerer et skremmende miljø, oppfører seg som om det skremmende miljøet er oppdaget, ikke konstruert» (Hayes, 2004b, ss. 650-651). Tanker og virkelighet blir ett. Dette kalles kognitiv fusjon, og er grunnlag for særlig til problemer, unngåelse og uheldige forklaringer.

Unngåelse av opplevelse

Mange lærer negativ evaluering tidlig i livet: «Ikke tenk på det triste, tenk på noe hyggelig», og verdsettes etter hvilken stemning de er i. Negativ evaluering kan bidra til forsøk på å redusere eller fjerne ubehagelige opplevelser ved hjelp av verbal aktivitet. Den nedstemte søker etter bedre måter å føle på, den med tvangslidelse prøver å kjempe for å unngå spesielle tanker, og den med panikkangst frykter angst og tap av kontroll, og forsøker å unngå ulike kroppsforfølelser og situasjoner. I verste fall blir personene numne, trekker seg tilbake, ruser seg eller utagerer seksuelt. Forsøk på å dempe form og hyppighet på private opplevelser kalles unngåelse av opplevelse («experiential avoidance»), og er problematisk.

Tankeundertrykking er vanskelig. Når vi prøver å ikke tenke på noe bestemt, tenker de fleste av oss etter hvert på det igjen, og ofte mer enn før (Salkovskis & Campbell, 1994; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Regelen «ikke tenk på angst» inneholder det vi ikke skal tenke på, og får oss derfor til å tenke på det vi ikke skal tenke på (se Hayes, 2004a).

Unngåelse øker effekten av det vi vil unngå: Å bekjempe hallusinasjoner ved å snakke tilbake, prøve å la være å lytte eller ved å distrahere seg, gjør dem bare viktigere (Pankey & Hayes, 2003). Tenker vi på å unngå angst når vi unngår situasjoner som vekker angst, kan angst oppstå i nye situasjoner og bli forbundet med disse situasjonene (Wenzlaff, Wegner & Klein, 1991). Tanker og stemninger kan forbindes, slik at det ene aktiverer det andre (Gold & Wegner, 1995). Medikamenter og rusmidler bidrar negativt på sikt. For å unngå ubehag må vi kjenne etter tidlige tegn på ubehag. Dette øker sensitivitet, og dermed også unngåelse. Vi kan altså ikke bli kvitt tanker og følelser slik vi kan bli kvitt konkrete ting og handlinger (Hayes, 2004a, 2004b). Unngåelse av opplevelse styrker unngåelse av konkrete situasjoner og svekker slik viljen til å handle i samsvar med egne mål og verdier (Blacklegde & Hayes, 2001; Hayes et al., 2006). Romme og Escher (1993) fant at psykotiske pasienter som prøvde å distrahere seg selv fra hørselshallusinose, hadde dårligere prognose enn dem som aksepterte dem. Hos mange som søker behandling er unngåelse av opplevelse innarbeidet (Orsillo, Roemer, Lerner & Tull, 2004). Ifølge Hayes et al. (1999) kan forsøk på å kontrollere tanker og følelser medføre tap av kontroll over livet.

Begrunnelse («reason giving»)

Praktiske forklaringer er ofte presise. Vi er dårligere til å forklare atferd, som ofte har komplekse og ukjente årsaker. Vi forklarer likevel, gjerne i form av indre årsaker som tanker, følelser og minner. Problematferd og fravær av adaptiv atferd forklares ofte med negative tanker, følelser og minner. Mange, også terapeuter, «forstår» og aksepterer tynne forklaringer. Verbale grunner, uansett hvor gale, kan imidlertid fungere som *reelle* årsaker (Hayes et al., 1999). Vi kan tape av syne at «årsaker» er verbale konstruksjoner, jf. kognitiv fusjon. De får dermed en sterk regulerende effekt på atferd. Vi kan si: «Jeg vil, *men* jeg kan ikke gjøre det fordi jeg har angst», ikke: «Jeg vil, *og* jeg kan gjøre det, selv om jeg har angst». Begrunnelse kan føre til at vi ikke «kan» handle i tråd med våre verdier og «må» gjøre noe som strider mot dem. Når vi føler oss bra, kan vi gjøre eller la være å gjøre det, men det er umulig før. Vi kan gjøre lite for å erfare noe annet, og det kan bli viktigere å bevare slike forklaringer enn å avkrefte dem. «Jeg er et offer, og kan ikke gjøre noe annet.»

Grunnelementer i ACT

Aksept

Endring krever ofte aksept av negative opplevelser. ACT har ikke reduksjon av ubehag som sitt primære mål. Pasienten må heller akseptere ubehagelige tanker og følelser og oppfatte dem som universelle og forbigående. Dette kalles også «mindfulness», som kan oversettes med «oppmerksom tilstedeværelse». 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 sin historie og situasjon. Det er også å kunne erkjenne og føle ubehag som angst, tristhet eller tomhet (se Hayes et al., 1999).

Svekking av tankers og følelsers betydning

ACT vil svekke kognitiv fusjon, unngåelse av opplevelse, og begrunnelse, når dette dikterer atferd destruktivt. Språket har da ikke har ført fram, og ACT vil «slippe inn frisk, ikke-verbal luft» (Hayes et al., 1999). Det er imidlertid vanskelig å bli kvitt etablerte verbale ferdigheter. I tillegg regulerer ikke tanker atferd direkte. Akkurat som ytre hendelsers funksjoner er avhengig av kontekst, er private opplevelser det også. Noen påvirker oss, andre ikke. Vi kan gjøre som vi tenker, og la oss «styre av følelser», eller la være. Det er med andre ord både vanskelig og i prinsippet unødvendig å endre tanker og følelser og dermed endre atferd. ACT fokuserer derfor på å svekke uønskede tankers og følelsers *funksjoner* og på å bygge funksjonell atferd selv om de fortsatt er der (Hayes et al., 2006). Vi kan være både vennlige og oppsøke situasjoner selv om det er ubehagelig. Traumer stenger ikke for muligheten til å gå videre. Det går an å gjøre noe bra selv med tvangstanker og hallusinose. Vi kan redusere tankers og følelsers troverdighet og få et annet forhold til dem, jf. at folk kan tenke og føle likt og handle ulikt.

Bevege seg i retning av egne, verdsatte mål

Målet med aksept og å svekke tankers og følelsers funksjon er å bidra til utføring av handlinger som samsvarer med verdier, eller psykologisk fleksibilitet: «... 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). Dette er adaptive repertoarer mer enn fravær av patologi. ACT er en helsemodell, ikke en sykdomsmodell (Hayes et al., 1999).

Gjennomføring av ACT

ACT som forberedelse til første generasjons atferdsterapi

ACT går i prinsippet ut på det samme, selv om problemene virker forskjellige: «...angst antas ikke å være problemet ved angstlidelser'; tanker' antas ikke å være problemet ved tankeforstyrrelser' og så videre. ACT anser tendensen til å ta disse opplevelsene bokstavelig og deretter kjempe mot dem som skadelig» (Hayes, 2004b, s. 651, min oversettelse). ACT er med andre ord i stor grad en generell tilnærming.

Et utgangspunkt er at pasienten har gjort mer enn nok forsøk på å følge andres og egne regler for å løse problemer. ACT bruker derfor metaforer og lignelser for å underminere forsøk på å

kontrollere tanker og følelser. Jeg gjengir noen av dem senere (hentet fra Hayes et al., 1999). Metaforer er ikke bokstavelige eller foreskrivende, og er lite instruerende. Initiativ til endring ligger hos pasienten. Pasienten skal forvirres litt, komme bort fra en låst, logisk stil og ta språket mindre høytidelig. Metaforer er også lette å huske. De er knyttet til temaet til enhver tid, og er også grunnlag for diskusjoner og hjemmeøvelser (se Hayes et al., 1999). ACT bruker også logiske, innebygde paradokser, det vil si 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. For øvrig er ACT i seg selv paradoksalt, og logiske analyser har liten plass (se Hayes et al., 1999).

ACT har en serie innledende faser, som tar for seg generelle prosesser fra mange vinkler (se Hayes et al., 1999). Pasienten skal komme så langt at han eller hun kan ha utbytte av første generasjons atferdsterapi. Da går behandlingen over til å mestre konkrete situasjoner. Ikke alle pasienter trenger innledende faser like mye. Noen unngår opplevelse og begrunner mindre, har høyere aksept, og er mer klare for «ren atferdsterapi». Fasene gjennomføres vanligvis i en fast rekkefølge. De kan overlappe, og problemområder som pasienten har lite problemer med, tones ned. Fasene består av to hoveddeler (Hayes et al., 2006): «Være til stede»- og akseptprosesser går særlig ut på defusjon; å svekke betydningen av tanker og følelser, og omfatter fasene 1 til 4. Forpliktelse og atferdsendring omfatter fasene 5 og 6:

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

Fokus er på hva som ikke har virket. Mange har prøvd å få mer selvtilit og kontroll over følelser, og mindre angst, depresjon og bekymringer. Mange har sett at det ikke virker, men i stedet for å finne på nye strategier har de prøvd andre løsninger i samme gate (se Hayes, 2004a, 2004b). Pasientens mislykkede forsøk på å oppnå bedring gjennomgås. Hva er prøvd, og hvordan har det virket? Pasienten støttes i at han eller hun har gjort det som er normalt og rimelig, for å se at sunn fornuft ikke fungerer. Forvirring som kan oppstå, kan svekke troen på vante strategier, og kan hindre at de repeteres. Å skape håpløshet er paradoksalt: Det er ikke håpløst å se at strategier er håpløse, dersom pasienten utforsker alternative strategier.

En vanlig lignelse i denne fasen er kvikksandlignelsen: Alt vi vanligvis vil gjøre for å komme opp av kvikksand, som å ta sats, fører til at vi synker dypere. Det beste er å holde armer og bein utstrect, slappe av og komme i kontakt med kvikksanden. Ligner dette på situasjonen du er i, og kan det være lurt å komme i kontakt med det du strever med?

2. Kontroll er problemet, ikke løsningen

Neste steg er å sammenfatte tankekontroll og unngåelse av opplevelse som forsøk på *kontroll*. Bokstavelig og evaluerende problemløsning fungerer i praktiske situasjoner, og distraksjon er nyttig ved forbigående ubehag. Eventuell tro på at kontroll over private opplevelser er løsningen, må imidlertid undergraves. 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.

Øvelsene i denne fasen skal ikke minst vise at forsøk på tankeundertrykking har en paradoksalt effekt. En vanlig øvelse er: «Nå gir jeg deg beskjed om ikke å tenke på smultringer. Du vet hvordan de lukter... smaken av smultring når du biter i den og kjenner lukten av kaffe? Men det er veldig viktig at du *ikke tenker på noe av dette!* Hva skjedde?». En lignelse er «løgndetektoren»: Pasienten forestiller seg å bli skadet hvis han eller hun får angst, og at

apparatet avdekker angst. Er det lett å kontrollere angst under slike forhold? Eller er det slik at jo mer du vil kontrollere noe, desto mer får du av det?

3. Bygge aksept ved å defusjonere språket

Denne fasen skal svekke den opplevde sammenhengen mellom tenkning og øvrig atferd, og få fram skillet mellom private opplevelers innhold og funksjon og mellom person og problem. Et sentralt tema er at vi ikke alltid gjør som vi tenker. Vi tenker ofte på mat uten å spise, selv om vi kan. Vi tenker på å skjønne, uten å gjøre det. At jeg tenker noe, betyr ikke at det er eller blir slik. I stedet for å si at «Jeg kan ikke gå ut» kan pasienten si at «Jeg har den tanken at jeg ikke kan gå ut». Det går an å se på en uønsket tanke fra avstand, og «takke sinnet for en interessant tanke», uten å følge den. Et tema er å si «men» og «og» på måter som ikke er å begrunne. Pasienten kan beskrive og gi slipp på indre kontroll, og akseptere ubehagelige tanker og følelser, «bare registrere» opplevelsene uten å kjempe mot, diskutere med dem eller ta dem som bokstavelig sanne. Dette kan hjelpe pasienten til å tåle å føle («self-relatedness»), og fokusere på handlinger som kan gi ønskede resultater.

En øvelse viser at tanker bare er ord. Hvis vi sier «melk» en gang, kan vi fornemme smaken av melk. Sier vi det i rask rekkefølge en stund, forsvinner effekten. Det samme gjelder ord som vekker vonde følelser. Pasienten kan også betrakte sinnet, det vil si sitt mentale liv, som et TV-program. Tror vi på alt vi hører på TV? En øvelse som brukes særlig ved hallusinose, er å «ta sinnet med på tur»: Pasienten går med terapeuten bak seg. Terapeuten spiller «sinnet» ved å snakke om hva de ser, og evaluere, instruere, forutse og anbefale handlinger. Pasienten instrueres til å høre hva «sinnet» sier, uten å snakke med det, og gjøre som pasienten selv vil.

4. Oppdage seg selv og løsrive selvet

Vi kan ha rigide beskrivelser av oss selv, og oppleve oss som *ett* med dem. Andre beskrivelser kan være uønskede. Å *være* et selv kan hindre endring. ACT vil svekke pasientens «begrepsselv» og styrke «observerende selv» og «selv som perspektiv». For å slippe ut av fengsel må vi se det. Vi kan se at vi er ulike begrepsselv i ulike perioder og situasjoner: Da vi var barn, var vi ikke som nå. Poenget er å se at ulike begrepsselv består av ulike aktiviteter, og at selvbeskrivelse er verbale aktiviteter. I motsetning til begrepsselvet er perspektivselvet konstant. «Jeg» er «stedet» vi observerer fra. Vi kan betrakte vår atferd og våre private opplevelser utenfra, og observere hva vi gjør, uten at det vi gjør, *er* oss. «Jeg er ikke mine private opplevelser, men de skjer hos meg.» Pasienten kan la være å se verden *gjennom* sine private opplevelser og mer uavhengig av dem. Å betrakte tanker og følelser mer objektivt kan bidra til kognitiv defusjon (løsriving) og aksept, og svekke tankers og følelsers kontroll over atferd.

En lignelse er selvet som hus. Det er uforandret, uansett møbler. En annen er selvet som sjakkbrett. «Jeg» er ikke brikkene, dvs. innholdet i opplevelser, men brettet, perspektivet jeg tenker fra. Brikkene kan true hverandre, men ikke brettet. Brikkene vil vinne, det vil ikke brettet. Brettet tåler alt, og er upåvirket av kampen. En øvelse er «trekk en identitet»: I en boks ligger det lapper. På noen står det identiteter pasienten har skrevet om seg selv, på noen står det andre, vanlige identiteter. Pasienten trekker, prøver å «være» ulike identiteter, og forteller om det. Hvordan er denne personen i ulike situasjoner? En annen øvelse tar utgangspunkt i at pasienten har «spilt». Pasienten kan fortelle at han eller hun var glad, før vedkommende husket at han eller hun var deprimert og ikke «skulle» oppføre seg slik. Da er

det et «falskt» og et «egentlig» selv. Pasienten kjenner det egentlige, men hvem oppdager disse selvene?

5. Verdier

De fleste synes det er verdifullt å være selvstendige, nyttige og ha et godt forhold til andre. Verdier er verbalt konstruerte retninger for livet vårt. ACT skiller mellom «verdier som følelse» og «verdier som aktivitet». Verdier som følelse kan eksistere uten at vi handler i samsvar med dem. Pasienten kan imidlertid oppleve følelser som en forutsetning for handling: «Når angsten eller depresjonen er borte, kan jeg...». En slik tilnærming kan være uforenlig med å etterleve verdier, og ACT betoner verdier som aktivitet og det å handle på tross av uønskede opplevelser. Et 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 på tross av uønskede opplevelser. Et viktig poeng er at det er lettere å utføre konkrete handlinger enn å kontrollere følelser; handlinger er operante og fleksible, følelser er mer reflekssive og rigide. Gode følelser kan også oppstå som en konsekvens av handlinger. Målet er å komme fram til realistiske handlinger som samsvarer med egne mål.

En øvelse er «Hva ønsker du at livet ditt skal stå for?» eller «Hva skal det stå på gravsteinen din?». Få ønsker vel «Her hviler hun som viet livet til å unngå angst»? Å ikke velge er også å velge. Da kan gravskriften være «Han viet sitt liv til ikke å velge». Pasienten kan også skrive talen til sin begravelse. En annen øvelse er «verdsetting med føttene»; mot hvilket mål bærer de deg?

6. Villighet og forpliktelse: Omsette ACT i handling

Pasienten skal nå ha kommet dit at det er naturlig å utføre handlinger i tråd med verdier, og se hva som virker og ikke hva som er rimelig uten å virke. Pasienten bør også skille mellom regler som ikke kan følges og regler som kan følges. Tanker og følelser plukkes fra hverandre som kroppsformennelser, tanker, atferdsdisposisjoner og minner. Målet er ikke å endre eller bli kvitt dem, men å registrere, akseptere og venne seg til dem. Dette kan svekke deres effekt, og er et alternativ til bevisst kontroll. Pasienten skal kunne lene seg mot symptomene og omfavne det han eller hun frykter.

En lignelse er å invitere hele nabolaget, uten forbehold. Så kommer det en boms som ikke er helt velkommen. Dermed kan sammenkomsten endre seg. Vil du passe på hva han gjør, eller vil du la ham gjøre som han vil? Å ville er enten-eller. I «villighetsøvelser» stimuleres pasienten til rare private opplevelser. Én går ut på kontinuerlig blikkontakt med en annen i flere minutter, og å registrere hva som dukker opp av tanker og følelser.

Et konkret spørsmål i sluttfasen er: «Gitt et skille mellom deg og problemene 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 ønsket retning?» (Wilson et al., 2001, s. 235). Dersom pasienten med hånden på hjertet svarer ja, er resten av behandlingen stort sett første generasjons atferdsterapi. Pasienten kan gi seg i kast med konkrete situasjoner som han eller hun har unngått eller opptrådt problematisk i. Aktuelle metoder er eksponering og trening på ferdigheter. Pasienten kan begynne i det små, og være åpen for at det kan skje mer.

Forholdet mellom terapeut og pasient

Terapeuten kan bare lære bort det han eller hun kan selv. Aksept og ny handling kan være ubehagelig og skremmende. Terapeuten må være «til stede» i hva pasienten opplever, og reagere på en trygg måte. Terapeuten må normalisere, dele relevante opplevelser fra sitt eget liv og støtte pasienten i opplevelser. Å vise at pasientens smerter gjør inntrykk, kan bidra til at pasienten forstår ACT og «språkets makt». I tillegg er unngåelse av opplevelse sosial atferd, ofte lært i intime situasjoner, og et nært forhold mellom terapeut og pasient kan utgjøre en korrigerende sosial erfaring. Et godt, nært forhold er også en erfaring å ta med seg til andre personlige forhold, og slik styrke generalisering av behandling. Terapeuten er passiv når det gjelder å foreslå løsninger, men aktiv når det gjelder forståelsen av prinsippene for ACT. Som annen terapi kan ACT gi emosjonelle påkjenninger, og en er særlig forsiktig og støttende i forhold til psykotiske pasienter (se Pankey & Hayes, 2003).

Bruk og dokumentasjon

Problemer ACT er anvendt for

ACT er brukt ved generalisert angst (Roemer & Orsillo, 2002), sosial fobi, (Block, 2002, ref. i Hayes et al., 2006), matematikkangst (Zettle, 2003), tvangslidelse (Twohig, Hayes & Masuda, 2006b) depresjon (Zettle & Rains, 1989), avhengighet av opiat (Bissett, 2001, ref. i Hayes et al., 2006), blandingsmisbruk (Hayes, Wilson, et al. 2004) og tobakkavhengighet (Gifford et al., 2004), posttraumatisk stresslidelse (Orsillo & Batten, 2005), hårnapping (Woods, Wetterneck & Flessner, 2006), kronisk hudplukking (Twohig, Hayes & Masuda, 2006a), kroniske smerter og smertetoleranse (Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2005), stress på arbeidsplassen (Bond & Bunce, 2003), utbrenthet hos mennesker som jobber med stoffmisbrukere (Hayes, Bissett, et al., 2004), following av Type II diabetes-regimer (Gregg, 2004), tap av engasjement hos pasienter med kreft (Branstetter et al., 2004), stress og anfall hos pasienter med epilepsi (Lundgren & Dahl, 2005), og selvskading og emosjonell regulering hos mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Gratz & Gunderson, 2006). ACT er også brukt i behandling av pasienter med hallusinose (Bach & Hayes, 2002; Pankey & Hayes, 2003). Se for øvrig Hayes et al. (2006) for en oversikt. ACT kan virke «intellektuell», men metaforer, lignelser og øvelser ser ut til å gjøre ACT tilgjengelig for barn, personer med lett psykisk utviklingshemning og pasienter med vanskelig sosial bakgrunn (se Pankey & Hayes, 2003). Det finnes også generelle selvhjelpsbøker om ACT. En av dem heter, oversatt til norsk: «Kom deg ut av sinnet og inn i livet» (Hayes & Smith, 2005, se også Eifert, McKay & Forsyth, 2006).

Evaluering og resultater

ACT evalueres ved hjelp av AAQ (Acceptance and Action Questionnaire) (se Hayes et al., 2006), som måler symptomer, hvor ubehagelige disse er, og hvor mye pasienten tar hensyn til dem, det vil si i hvilken grad pasienten fusjonerer med tanker, unngår ubehagelige tanker og følelser, og er ute av stand til å handle. AAQ måler ikke minst psykologisk fleksibilitet. Når det gjelder AAQs validitet, viser jeg til en drøfting (Hayes et al., 2006) og en studie (Hayes et al., 2004). I tillegg evalueres ACT ved hjelp av konkrete atferdsendringer og instrumenter som WHO Quality of life scale, Beck Depression Inventory og Automatic Thoughts Questionnaire (se Hayes et al., 2006).

De fleste resultatene er ferske. Resultatene tyder på at ACT kan ha effekt på angst, depresjon, avhengighet, selvskadning, stress og epilepsi, og at ACT kan være mer effektivt enn tradisjonell kognitiv atferdsterapi (se Hayes et al., 2006). ACT har også redusert forekomst av reinnleggelse av psykotiske pasienter mer enn hva en oppnådde med medikamenter, gruppeterapi og individuell psykoterapi (Bach & Hayes, 2002). ACT reduserer ikke nødvendigvis ubehag, men kan for eksempel øke smertetoleranse, selv om smerten ikke reduseres. Pasienter med psykose har rapportert at hallusinose er uendret, men mindre troverdig (Gaudio & Herbert, 2006). Sentrale ACT-personer hevder at ACT (og «mindfulness»-basert kognitiv atferdsterapi) ikke lover mer enn det er dekning for, og at det empiriske grunnlaget er like godt som for annen atferdsorientert behandling (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004). Det er likevel ikke grunnlag for å si mer enn at ACT er *lovede*. Det gjenstår også å se om alle komponentene i ACT er like nødvendige, og om enklere, atferdsaktiviserende behandling kan ha like mye for seg i noen tilfeller (Kanter, Baruch & Gaynor, 2006).

Når det gjelder hva effekter kan skyldes, er det støtte for at effekt av behandling har sammenheng med defusjon og styrking av aksept (Hayes et al., 2004c; Hayes et al., 2006). Det er med andre ord en viss relasjon mellom teori og effektive komponenter i behandling (se også Bach & Hayes, 2002). Målet er at RFT og ACT skal berike hverandre, og at behandling skal baseres på grunnforskning, slik det var i første generasjons atferdsterapi. Hayes et al. (2006) legger imidlertid ikke skjul på at flere spørsmål om hva effekter kommer av, er ubesvarte.

Avsluttende kommentarer

Ikke all unngåelse er skadelig. Vi kan unngå mye og leve et rikt liv. Balanse mellom å oppsøke det behagelige og å avstå fra det er et personlig valg. Indikasjoner for terapi er et ønske om hjelp. Det er heller ikke et mål å akseptere uakseptable forhold som det er mulig å eliminere. Å akseptere ubehag er ikke et mål i seg selv, men kan være nødvendig for å nå egne verdier.

Vår kultur har praksis som både strider mot og samsvarer med ACT. ACT bryter med holdninger som går ut på at vi må føle oss vel for enhver pris, og at det er riktig å gi lett etter for ubehag når dette på en litt lettvint måte hindrer oss i etterleve egne verdier. Vanlige forestillinger om nødvendige handlinger, som at stoffmisbrukere *må* prostituere seg eller begå innbrudd for å skaffe penger til stoff, virker overdrevne fra et ACT-synspunkt. ACT har også likheter med praksis i vår kultur. Noen sier at «Det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det». Noen hiver seg ut i det, med angst og annet ubehag. Jeg har lenge hørt personer som behandler kroniske smerter, anbefale pasienten å overvinne smerter og opprettholde aktiviteter. Mange viser og tar til orde for naturlig, psykologisk fleksibilitet. En psykoanalytisk tilnærming til å «avkle» forsvar har også likheter med ACT. Elementer av ACTs tankegang er derfor ikke uvanlige.

ACT kan også ha følger for oppdragelse og behandling av barn. Det kan være viktig at omsorgspersoner ikke støtter fusjon, unngåelse av opplevelse og begrunnelse, men støtter verdier og handling, med andre ord bidrar til sunne holdninger. Det går an å vektlegge dette i veiledning av foreldre som deltar i behandling av sine barn (se Sállman, 2006).

Den som kjenner igjen ACT-elementer i andre retninger, kan ha helt rett: ACT er langt på vei både atferdsterapi, kognitiv atferdsterapi, humanistisk-eksistensiell terapi, gestaltterapi og

østlig meditasjon på en gang (se Hayes et al., 1999). ACT låner fra andre, og legger ikke skjul på at en del ligner på hva andre gjorde før ACT. Teknikkene er imidlertid samlet i en atferdsanalytisk modell for psykopatologi og behandling.

ACT nevnes i en atferdsanalytisk artikkelsamling (Dahl & Wilson, 2003). Sissel Reichelt nevner såvidt «mindfulness» og Steven C. Hayes i et intervju i Tidsskriftet (Gran, 2000). Oppmerksomt nærvær («mindfulness») er tema i julinummeret av Tidsskriftet (Berge, 2007; Vøllestad, 2007). Det har vært en liten artikkel der «mindfulness» og Steven C. 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 fraværende i akademiske miljøer. Jeg håper at våre høye læresteder ikke er i ferd med å gå glipp av noe.

Børge Holden
Habiliteringstjensten for voksne
Hedmark Næringspark Bygg 15
2312 Ottestad
Tlf. 62 55 65 08
E-post Borge.Holden@sykehuset-innlandet.no

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.

Berge, T. (2007). Oppmerksomt nærvær: En fellesfaktor i psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*, 858-859.

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. Foredrag ved Association for Advancement of Behavior Therapys kongress, 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 (red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 358-387) 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.

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 (Eds.). *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (ss. 1-29). 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. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life. The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- 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.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E. & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst*, 29, 161-185.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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. Foredrag ved Association for Behavior Analysis' årskongress, Chicago.

Orsillo, S. M. & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129.

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.

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.

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 skolevegring hos ung gutt ved hjelp av enkle atferdsanalytiske prinsipper. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 49-56.

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.

Vøllestad, J. (2007). Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 860-867.

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. & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, *45*, 436-445.