

Acceptance and Commitment Therapy

ACT er en ny retning inden for den kognitive adfærdsterapi, som sigter mod en grundlæggende ændring af dysfunktionel adfærd.

På vej? ■ Af Susan Møller Rasmussen og Rikke Kjelgaard

■ Ud over at være en empirisk veldokumenteret terapiretning (Chambles et al., 1996) er kognitiv adfærdsterapi i konstant udvikling. Fra den oprindelige skinnerianske adfærdsterapi, som altid rettede sig mod klientens symptomer, til den anden store bølge af kognitiv adfærdsterapi, CBT, som tager udgangspunkt i klientens tænkning til en såkaldt tredje bølge af kognitive adfærdsterapier, som metodisk retter sig mod en grundlæggende ændring af klientens relation til egne tanker, følelser og fysiske fornemmelser.

Nogle af de største retninger inden for denne tredje bølge inden for CBT-paradigmet er også blevet kendt i Danmark, fx Acceptance and Commitment Therapy, Dialektisk Adfærdsterapi og Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression.

Acceptance and Commitment Therapy, ACT (udtalt 'akt'), er udviklet fra midten af 1980'erne af blandt andre Steven Hayes, Kirk Strosahl og Kelly Wilson, og i 2006 introduceredes terapiformen i Danmark ved en workshop med Steven Hayes.

Filosofisk bygger ACT på Peppers teori om kontekstualisme, der indebærer, at en handling altid bør forklares ud fra sin kontekst (Pepper, 1942). Ifølge ACT er udgangspunktet, at tanker, følelser, fysiske fornemmelser og adfærd altid skal ses i sin kontekst. Hermed menes ikke kun den aktuelle sammenhæng, som en given situation udspiller sig i, men også individets udviklings- og indlæringshistorie. Filosofisk bygger ACT samtidig på Peppers sandhedskriterium, ifølge hvilket påstande eller udsagns sandhedsværdi afgøres på baggrund af, i hvilket omfang de fører til ønskede konsekvenser eller ej (ibid.). I ACT sættes der fokus

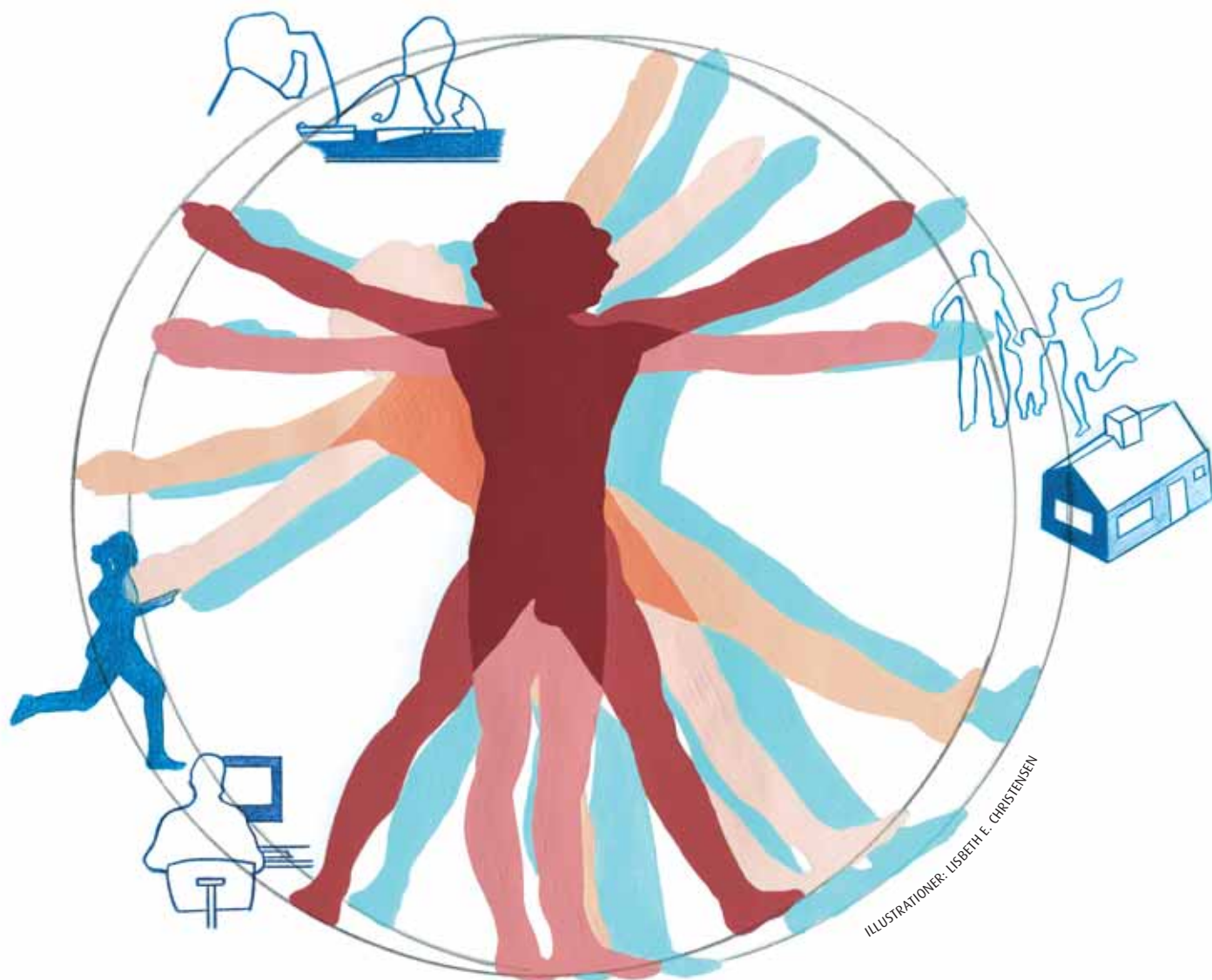
på *funktionen* af tanker, følelser og adfærd i en given *kontekst* for at kunne beskrive, forstå samt med tiden potentielt påvirke disse.

Teoretisk er ACT funderet på *relational frame theory*, RFT, en adfærdsanalytisk teori, der bygger på adskillige års grundforskning inden for sprog og kognition (Blackledge, 2003; Barnes Holmes et al., 2004). RFT er en teori om, hvordan mennesker lærer at bruge sproget ved at interagere med miljøet. Sprog dækker her over det ydre talesprog samt det indre ekspressive sprog, der bl.a. består af tanker, minder og visualiseringer med mere. Inden for RFT opfattes menneskets sproglige viden som resultatet af højt udviklede netværk af udledte stimulusrelationer, der er forbundne, og som gør os i stand til at lære uden direkte erfaring.

RFT-undersøgelser har dokumenteret, at mennesker i modsætning til dyr er usædvanligt godt i stand til at udlede og kombinere relationer mellem stimuli og underlægge dem en vilkårlig kontekstuel kontrol. Forskning tyder på, at det netop er disse processer, som ligger til grund for den lidelse, der er særlig for mennesket (Hayes et al., 1999).

Inden for RFT og ACT opfattes sproget som en magtfuld "ordmaskine", som gør os i stand til at skabe en model af verden, at planlægge og forudsige fremtiden, at lære af fortiden, at udvikle samfundet osv. Ikke desto mindre gør sproget os også i stand til at være fordomsfulde, ruminere, genopleve smertefulde oplevelser, skræmme os selv ved tanken om ubehagelige fremtidsscenerier, sammenligne os med andre, dømme eller skabe uhensigtsmæssige regler for os selv, såsom: "Jeg skal altid være perfekt, ellers er jeg en fiasko."

I RFT og ACT skelnes der i modsætning til klassisk CBT



ikke mellem skemata, basale antagelser og automatiske negative tanker, fordi der ifølge RFT er tale om udledte stimulusrelationer, der på skift ændrer funktionen af de begivenheder, som indgår i det relationelle netværk.

Den destruktive normalitet

I ACT antager man, at mennesket uvilkårligt til tider oplever aversive tanker og følelser, men at dette blot er en verbal proces skabt af hjernen, og at det dermed ikke altid er en sandhed eller en vanskelighed, som vi er nødt til at reagere på eller løse. Modsat den typiske vestlige psykologi baserer ACT sig derfor ikke på formodningen om en såkaldt sund normalitet, i hvilken mennesket per natur er udstyret med psykisk sundhed, og hvor psykisk ubehag eller lidelse opfattes som noget unormalt drevet af en patologisk proces. I stedet bygger ACT på antagelsen om destruktiv normalitet, idet man mener, at menneskets normale psykologiske processer til tider helt enkelt er destruktive

samt potentielt ubehagelige – hvad der netop formodes at være forårsaget af vores unikke evne til sprog. Populært sagt gør ACT således lidt op med en tendens til “feel goodism”, som præger den moderne vestlige verden.

Ifølge ACT er vi evolutionært udviklet med evnen til problemløsning. Da evnen fungerer fint i den materielle verden, og da den som regel er yderst adaptiv, er det naturligt også at applicere denne til vores indre psykologiske univers, hvorfor vi ofte forsøger at kontrollere tanker, erindringer, følelser og kropslige fornemmelser. Det betyder dog, at vi kan opleve at bruge rigtig mange ressourcer på at omstrukturere, evaluere og kontrollere ubehagelige tanker, følelser og kropslige fornemmelser uden effekt eller måske ligefrem med den modsatte effekt, fordi vi i et forgæves forsøg på at kontrollere tanken paradoksalt nok knytter os til den (jf. Wegner et al., 1987; Feldner et al., 2003; Marcks & Woods, 2005; Campbell-Sills et al., *in press*). Med andre ord *forstærker* man det ubehag, som en aversiv tanke eller

>



følelse kan medføre, såfremt man kæmper for at undgå eller kontrollere denne.

Psykopatologi opstår ifølge ACT på baggrund af klientens ufleksibilitet som en følgevirkning af kategorisering af tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd som henholdsvis uacceptable og acceptable eller velkomne og uvelkomne. Forskning har i forbindelse hermed vist, at ovennævnte kognitive og emotionelle kontrol- og undgåelsesstrategier associeres med angstlidelser, depression, øgning i PTSD-symptomer, stofmisbrug, forringet livskvalitet, dårligere arbejdsperformans, øgning i graden af PTSD, borderline personlighedsforstyrrelse, alexitymi m.fl. (jf. Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2004a; Kashdan et al., *in press*).

I ACT ser man ikke, som i den klassiske CBT, på tankernes indhold med en efterfølgende intervention rettet mod forandring heraf, men på emotioner, kognitioner og kropslige fornemmelers respektive form og funktion i forhold til den adfærd, som de giver anledning til. Mens diverse handlinger således kan være topografisk forskellige (ruminering, indtagelse af alkohol eller selvbeskadigelse), kan de ifølge ACT være *funktionelt ækvivalente*, idet de oftest udgør en undvigelsesfunktion i forhold til de tanker, følelser og kropslige fornemmelser, som klienten oplever.

Inden for ACT opfattes undgåelsesadfærd således som en naturlig følgevirkning af det menneskelige sprog. I terapien interverneres der derfor over for denne kognitive, følelses- og adfærdsmæssige undgåelse, som på baggrund af additive historiske og kontekstuelle sproglige relationsrammer har udviklet sig til verbale konstruktioner, hvis funktion er at være meningsskabende, medføre årsagsforklaring og følelsesmæssig kontrol, men som af klienten kan opleves som psykologiske barrierer (Hayes et al., 2004). Dette kunne ytre sig som klientens oplevelse af ikke at kunne gå til fest på grund af risikoen for, at man kommer til at sige noget dumt, rødmer, får panik og så videre.

Kontrol er problemet

I ACT-interventionen indledes der med en afdækning af klientens typiske handlestrategier i forhold til emotionel og kognitiv kontrol. Dette kan fx netop være den socialfobiske klient, som dykker ned i en tanke om, at hun ikke kan gå til fest.

Klienten vil måske forsøge at kontrollere tanken ved at planlægge et manuskript for hele aftenen eller helt enkelt blive hjemme – begge forslag på kontrolstrategier, som vil

dæmpe klientens angst på kort sigt. Fx kan det planlagte manuskript på kort sigt virke beroligende på den socialfobiske klient, samtidig med at kontrolstrategien netop forstærker klientens angst for at gå til fest, fordi den dominerende og styrende tanke hos klienten om farligheden af at miste anseelse i grupper cementeres yderligere.

Måske er forestillingen hos klienten efter festen, at ”hvor var det godt, at jeg havde lavet et manuskript til mig selv – ellers kunne der være sket noget rigtig ubehageligt!” I forsøget på at kontrollere sine tanker, følelser og kropslige fornemmelser kan man tænke, at klienten går glip af at opleve den vitalitet, som potentielt opleves i festlige sammenhænge og i gruppesammenhænge, og at hun måske paradoksalt nok netop mister kontrollen over sit liv, som står på standby, indtil den ønskede kontrol (= manglende frygt) indtræffer og en formodet forestilling om, at livet så vil blive perfekt. Ifølge ACT er denne onde cirkel af selvmonitorering, evaluering og andre handlestrategier for at opnå kontrol ikke *løsningen* på problemet, men snarere *selve problemet*.

De psykologiske barrierer

Sammenfattende kan klientens psykologiske barrierer i ACT-terminologi beskrives med fire nøglebegreber: Fusion, Evaluation, Avoidance og Reason Giving. Den såkaldte FE-AR-algoritme (Hayes, et al., 2004).

Fusion kan defineres som en manglende sondring mellem vurdering og det direkte oplevede. Der kan fx være tale om fusion mellem vurderinger og de begivenheder, som de er knyttet til, fusion mellem den forestillede ”giftighed” af smertefulde begivenheder, fusion mellem tilfældige kausale relationer til andre, som samlet udgør klientens historie, eller fusion mellem klientens opfattelse af fremtid og fortid. Eksempelvis kan den paniske klient forestille sig, hvordan det ville være at miste kontrollen under en bryllupstale foran 50 mennesker, hvormed han bliver kognitivt sammensmeltet med den mentale forestilling, som i sig selv kan give anledning til paniksymptomer.

Selv om det faktisk ikke er sket, så kan denne sammensmeltning af noget aversivt såsom tanken om at miste kontrollen, følelsen af angst, de fysiske symptomer af hjertebanken og situationen ”at holde tale” blive psykologisk nærværende, hvormed klienten jo principielt allerede har haft et panikanfald ”mens han holder tale”.

Evaluation refererer til vores konstante, uundgåelige, ofte unødige og oftest uhensigtsmæssige vurderinger af os selv, andre, verden generelt, begivenheder i opvækst samt nutid og så videre. Mens vi relativt upåvirket kan evaluere et objekt som fx ”et grimt hus”, bliver det ikke desto mindre

langt mere aversivt, når samme evalueringsproces appliceres på vores mentale univers, idet vi kan opleve tanker eller følelser som yderst ubehagelige.

Avoidance er en typisk handlestrategi mod uønskede ydre eller indre belastende oplevelser. *Avoidance* involverer kognitiv, adfærdsmæssig og følelsesmæssig undgåelse i et forsøg på at kontrollere disse oplevelser, hvilket kan have betydelige omkostninger for individets psykologiske og adfærdsmæssige fleksibilitet samt generelle velbefindende.

Reason Giving refererer ifølge ACT til et overforbrug af tilsyneladende logiske og kulturelt acceptable retfærdiggørelser, som "forklarer" eller "rationaliserer", at klienten anvender uhensigtsmæssige handlestrategier. Den depressive klient vil fx "forklare" sin behandler, at hun er deprimeret på grund af sin mands gentagne utroskab. Disse forklaringer bliver med tiden både troværdige og accepterede, selv om de i virkeligheden principielt kan være destruktive og lidet brugbare til det, som klienten værdsætter og har som fremtidsmål.

De seks kerneområder

Livskvalitet handler i ACT om at udvikle tilstrækkelig psykologisk fleksibilitet og villighed til at acceptere den angst, tristhed og fysiske smerte, som er forbundet med at engagere sig i og tage skridt i retning af en personligt oplevet værdifuld tilværelse. I en ACT-intervention arbejdes der mod øget psykologisk fleksibilitet, og for at opnå dette interverneres der i et eller flere af nedenstående kerneområder.

Accept: Hayes definerer accept som "kontakt med begivenheders automatiske eller direkte udledte funktioner, uden at forsøge på at reducere eller manipulere disse funktioner, og uden at handle udelukkende på baggrund af deres udledte verbale funktioner" (Hayes 1994; s. 30-31). Med andre ord involverer accept: 1) registrering af tanker, følelser og kropslige fornemmelser, som opstår ved personlige oplevelser, 2) at give slip på anstrengelser for at undgå eller ændre disse private oplevelser, 3) at respondere på det direkte oplevede frem for tanker, følelser og kropslige for-

>

> nemmelser som udløses under oplevelsen. Accept er at indtage en position af ikke-dømmende opmærksomhed og aktivt tage imod oplevelser af tanker, følelser og kropslige fornemmelser, når de forekommer, uden at forsøge at kæmpe mod eller undgå disse. Accept indebærer også en accept af, at vores indlæringshistorie ikke kan forandres, idet oplevelser ikke kan subtraheres fra vores indlæringsrepertoire. Vi kan med andre ord ikke fjerne en ubehagelig oplevelse fra vores historie, men acceptere (tage imod) dens eksistens om end den er aversiv og i stedet rette vores fokus og ressourcer mod værdibaseret handling.

Kognitiv defusion: Der stiles imod en ændring af funktionen af tanker og følelser i stedet for at ændre deres form eller frekvens. Dette sker med henblik på at reducere en følelses eller tankes bogstavelighed eller sandhedsværdi. I stedet for at reagere på det, tanken refererer til (fx "Jeg er ikke værd at elske"), betragtes tanken i stedet som det, den er (fx blot en tanke om, at "Jeg er ikke værd at elske"). Resultatet bliver oftest en mindsning af troværdigheden af eller tilknytningen til disse oplevelser, uanset om frekvensen af disse ændres eller ej. Man kan beskrive kognitiv defusion som nye valgmuligheder, der viser sig for klienten, når hun bliver i stand til at opleve tanker som tanker og ikke nødvendigvis sandheder, som skal følges.

Kontakt med nuet: er en mindfulnessproces, der kan defineres som en bevidst handling, hvor opmærksomheden rettes mod nuet på en ikke-vurderende måde (Segal et al., 2002; s. 40). Dette indebærer, at individet får mulighed for at komme i kontakt med psykologiske såvel som miljømæssige begivenheder, når de forekommer (Hayes et al., 2006). Klienten *beskriver* i stedet for at *evaluere* sit psykologiske univers såvel som miljøet, hun befinder sig i. Målet er, at klienten skal opleve verden mere direkte, hvilket kan fostre større fleksibilitet samt handlinger, som i højere grad er rettet mod personlige værdier (Hayes et al., 2006).

Selvet i en kontekst: En adskillelse af tanker, følelser, kropslige fornemmelser, miljøet og så selve personen, som oplever (Hayes et al., 1999). Denne proces fostrer både defusion og accept, hvilket opnås via mindfulness og oplevelsesmæssige øvelser samt metaforer (jf. nedenstående).

Værdisætning: Den motiverende kvalitet i psykoterapien. Vores livsværdier er den retning,

man kan flytte sig hen imod hele livet, mens der undervejs sættes konkrete mål for, hvordan man kan nærme sig disse værdier. Her kunne der være tale om værdisætningen "at være en god mor", mens de konkrete mål kunne være at afsætte tid til sit barn, at lytte til sit barn og så videre.

Engageret handling: De skridt, som man tager i retning af sine livsværdier til trods for eventuelle psykologiske barrierer undervejs.

Empirisk veldokumenteret?

ACT er således en terapietning inden for den tredje udviklingsbølge inden for CBT-paradigmet, som har udgangspunkt i en særlig omverdensoplevelse. Perioder med lidelse og ubehag betragtes som en ufravigelig del af menneskets natur, hvorfor der sættes fokus på accept frem for kampen mod lidelse. I ACT ses denne kamp *i sig selv* som en del af selve lidelsen, hvilket medfører, at interventionen rettes mod accept af tankers, følelsers og kropslige fornemmelser til tider oplevede giftighed med fokus på engageret handling mod personlige værdier samt øget psykologisk fleksibilitet og generel livskvalitet.

Metodefriheden og mangfoldigheden i ACT som interventionsmetode betyder blandt andet slægtskab med den eksistentialistiske psykologi, gestaltterapi og narrativ terapi. Det særlige ved ACT er ikke så meget målene eller metoderne, men den systematiske forbindelse mellem mål,



metoder og videnskabelige undersøgelser af verbal adfærd. Samtidig tilbyder ACT et udvidelsespotentiale i forhold til eksisterende teorier samt metoder inden for klassisk kognitiv adfærdsterapi.

Visse forskere sætter dog spørgsmålstegn ved, hvorvidt denne interventionsmetode, som kan minde om en pose med blandede bolsjer, kan være en empirisk veldokumenteret behandlingsmetode (jf. Corrigan, 2001). Ikke desto mindre har adskillige undersøgelser vist, at ACT har dokumenteret effekt i forhold til depression (Zettle et al., 1986 i Hayes et al., 2004), angst (Huerta et al., 1998 i Hayes et al., 2004b), stress (Bond & Bunce 2000 i Hayes et al., 2004), PTSD (Pistorello et al., 1999 i Hayes et al. 2004b), misbrugsproblemer (Wilson et al., 2000, i Hayes et al., 2004), kronisk smerte (Dahl et al., *in press*) og epilepsi (Lundgren et al., 2006).

Mens andre metoder inden for denne tredje bølge allerede synes at have bredt sig i Danmark, i form af eksempelvis Mindfulness-Based Cognitive Therapy, synes ACT, som især er udbredt i USA og Sverige, nu også at komme i et spirende fokus blandt danske psykologer.

Susan Møller Rasmussen, cand.psych.,
Kognitiv Klinik i Odense
Rikke Kjelgaard, cand.psych.,
Psykologpartners i Sverige

LITTERATUR ■

Barnes-Holmes, Y. et al. (2004). Relational Frame Theory: Some Implications for Understanding and Treating Human Psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 4; 355-375.

Blackledge, J.T. (2003). An introduction to Relational Frame Theory: basics and applications. *The Behavior Analyst Today*. Vol. 3; 421-433.

Campbell-Sills, L. et al. (*article in press*). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*.

Chambless, D.L. et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*. Vol. 49; 5-18.

Corrigan, P.W. (2001). Getting ahead of data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*. Vol. 24; 189-193.

Dahl, J. et al. (*article in press*). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*.

Feldner, M.T. et al. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 41; 403-411.

Hayes, S.C. et al. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S.C. et al. (2004a). DBT, FAP, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies. *Behavior Therapy*. Vol. 35; 35-54.

Hayes, S.C. et al. (2004b). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. The Guilford Press.

Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Science + Business Media, Inc.

Hayes, S.C. et al. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 44; 1-25.

Kashdan, T.B. et al. (*article in press*). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*.

Lundgren, T. et al. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for Drug Refractory Epilepsy: A Randomized Controlled Trial in South Africa- A Pilot Study. *Epilepsia*. Vol. 47; 12; 2173-2179.

Marcks, B.A. & Woods, D.W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 43; 433-44.

Pepper, S.C. (1942). *World Hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California Press.

Segal, Z.V. et al. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*. The Guilford Press.

Wegner, D.M. et al. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 53. No. 1; 5-13.

