

## **Aksept og verdibasert atferdsterapi**

Thorvald Andersen og Asle Thude Elen

Begge forfatterne driver private tjenester basert på ACT-modellen. Elen har mottatt godtgjørelse for oversettelse av Multidimensional Flexibility Inventory.

## Aksept og verdibasert atferdsterapi

Thorvald Andersen og Asle Elen fremhever at *konteksten* der tankene og følelsene utspilles er en vesentlig analytisk faktor i det terapeutiske arbeidet.

## Teori og menneskesyn

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT) (Hayes et al., 2018) regnes som en del av tredje bølge kognitiv atferdsterapi. Disse vektlegger konteksten hvor tanker og følelser utspilles, og hvordan man forholder seg til indre opplevelser (Hayes et al., 2022). I prosessen med å skape ACT forente Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl og Kelly G. Wilson radikal behaviorisme (Skinner, 1953) med tankegods og teknikker fra dynamisk terapi, zenbuddhisme, dialektikk, gestaltterapi, humanistisk psykologi, kognitiv atferdsterapi og Viktor Frankls logoterapi. Dette resulterte i en behandlingsform som favner bredt, organisert av ACTs underliggende filosofiske grunnforståelse. Retningen kalles funksjonell kontekstualisme og er en undergren av pragmatismen (Hayes et al., 2012). Filosofien gjennomsyrrer både teori og klinisk utøvelse.

Et sentralt prinsipp i funksjonell kontekstualisme, i likhet med radikal behaviorisme, er at atferd ikke kan forstås i et vakuum. For klinikeren vil det si at atferdens funksjon må forstås i gjensidig samspill med konteksten den utøves i. Hvis en pasient for eksempel blir spurt om å holde et foredrag på jobben og takker nei, vil kontekst avgjøre funksjonen. Det kan være at pasienten ikke har tid, og at dette handler om å ta vare på seg selv. Men hvis tidligere erfaringer gjør at hun tenker at hun ikke er god nok, vil funksjonen av å takke nei trolig være unngåelse. Atferden ser lik ut, men er henholdsvis positivt og negativt forsterket. Det er en kjent sammenheng mellom psykiske plager og atferdsmønstre som i hovedsak er negativt forsterket. Det er også en kjent sammenheng mellom positivt forsterket atferd, vitalitet og god psykisk helse (Martell et al., 2000). Både forståelse og endring av atferdens funksjon er nyttig i behandling av psykiske lidelser (Hayes et al., 2012).

En sentral side av funksjonell kontekstualisme er prinsippet om virkbarhet, altså om atferden fungerer som ønsket i gitt kontekst (Hayes et al., 2012). For å kunne besvare om noe fungerer som ønsket, trenger vi et kriterium. Dette innebærer å ta utgangspunkt i hva pasienten verdsetter, for eksempel selvivaretagelse, og om atferden i gitt kontekst faktisk skaper det livet pasienten ønsker å leve. I behandlingen kan en da undersøke hvorvidt pasientens atferd bidrar til selvivaretagelse, eller om atferden ikke virker etter intensjonen.

ACT forstås som en praktisk bruk av relasjonell rammeteori (Relational Frame Theory, RFT). RFT er en empirisk analyse av menneskelig språk og kognisjon (Hayes et al., 2022). RFT kan sees som en forlengelse av atferdsanalysens tidligere forsøk på å forklare språk (Törneke, 2010). Teorien er for omfattende til å dekkes i sin helhet i denne artikkelen, men et relevant eksempel på hva RFT bidrar med, er forståelse av regelstyrt atferd. Der preverbale barn orienterer seg direkte til nåsituasjonen og umiddelbare konsekvenser av atferd, kan verbale voksne bruke regelstyrt atferd til å forholde seg til tenkte eller utsatte konsekvenser. Dette gjør at vi slipper å lære gjennom prøving og feiling (Hayes et al., 2012). Vi etablerer verbale regler, slik som «utdanning lønner seg» eller «hvis jeg er uenig, blir jeg forlatt». Når regler blir for dominerende, kan dette føre til at vi blir ufølsomme for de direkte konsekvensene av atferden og dermed også virkbarheten. For eksempel kan vi i parforhold la være å uttrykke egne meninger av frykt for å bli forlatt. Konsekvensene kan bli frustrasjon, misforståelser og at forholdet tar slutt. Den verbale regelen skjuler hvordan atferden skaper disse konsekvensene.

Det teoretiske standpunktet i ACT er at man ikke trenger å kvitte seg med eller endre innholdet i ubehagelige tanker og følelser for å skape meningsfulle livsendringer (Luoma et al., 2017). Et grunnleggende syn er at smerte er en normal del av livet og ikke noe patologisk. Lidelse, eller patologi, oppstår derimot som en konsekvens av forsøk på å unngå eller kontrollere uønskede tanker, følelser og opplevelser (Hayes et al., 2012). Å kjempe mot disse fører til økt lidelse, for eksempel ved at vi kan få angst for angsten. Denne forståelsen gjelder både behandleren og pasienten. Holdningen er at vi er i samme båt og deler felles menneskelige utfordringer.

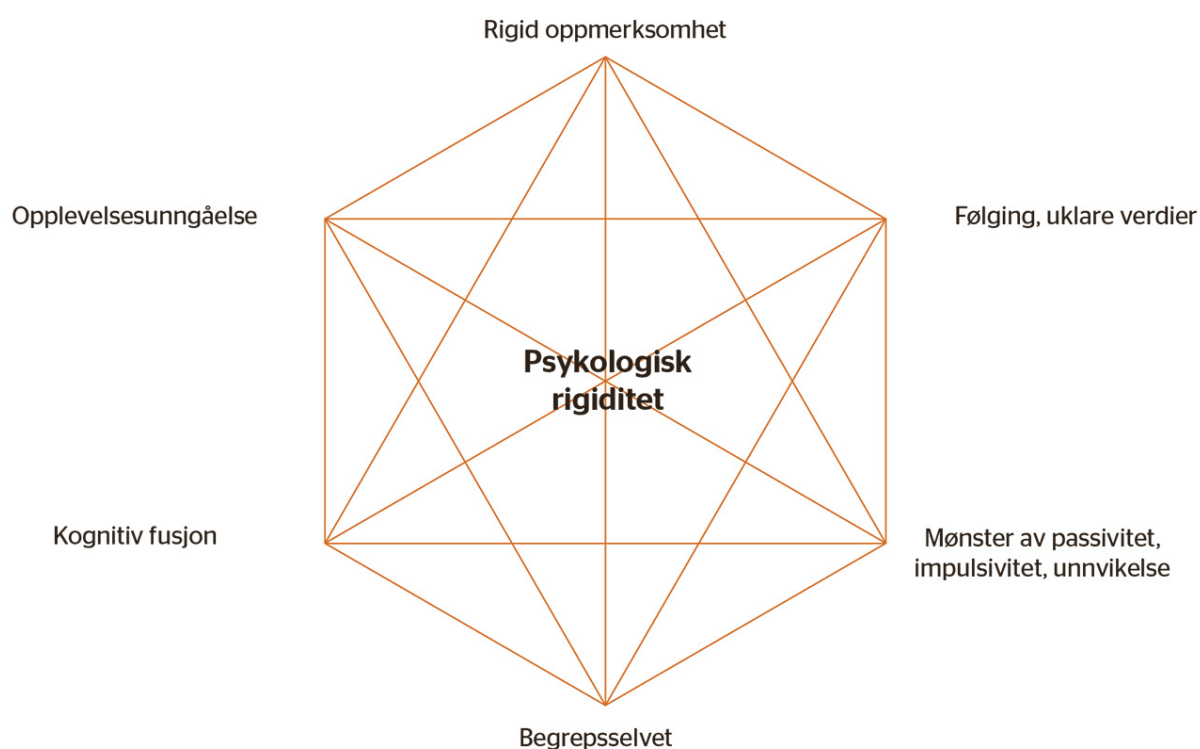
### **Utløser og opprettholdere**

ACT forstår psykiske vansker som uttrykk for psykologisk rigiditet. Rigiditet refererer her til at atferden ikke er virkbar i sin kontekst. For å gjøre det mer oversiktlig for klinikerne er psykologisk rigiditet delt inn i seks sammenvevde underprosesser (se figur 1). Figuren gir terapeuten et slags kart over hvor pasienten sitter fast.

To av de viktigste prosessene som utløser og opprettholder psykiske plager, er opplevelsesunngåelse og kognitiv fusjon (Hayes et al., 2012). Opplevelsesunngåelse er alle forsøk på å unngå, kontrollere eller endre eget ubehag, enten det dreier seg om tanker, minner, emosjoner eller kroppslige fornemmelser (Strosahl et al., 2015). Atferden drives av antagelser eller holdninger

om at visse indre opplevelser ikke er til å holde ut, eller at man ikke burde føle det man føler. Opplevelsesunngåelse kan ta en rekke former, alt fra fysisk unngåelse av angstfremkallende situasjoner eller distraksjon fra ubehagelige tanker og følelser. Ofte fører dette til kortvarig lette av ubehaget. På sikt fører gjerne opplevelsesunngåelse til at frekvensen og intensiteten i de indre opplevelsene vi forsøker å unngå, øker. En føler seg fastlåst, deltar i liten grad i meningsfulle aktiviteter og opplever mer lidelse (Hayes et al., 2012; Wenzlaff & Wegner, 2000).

*Merknad.* Copyright Steven C. Hayes fra Hayes et al. (2012), vår oversettelse. Brukt med tillatelse.



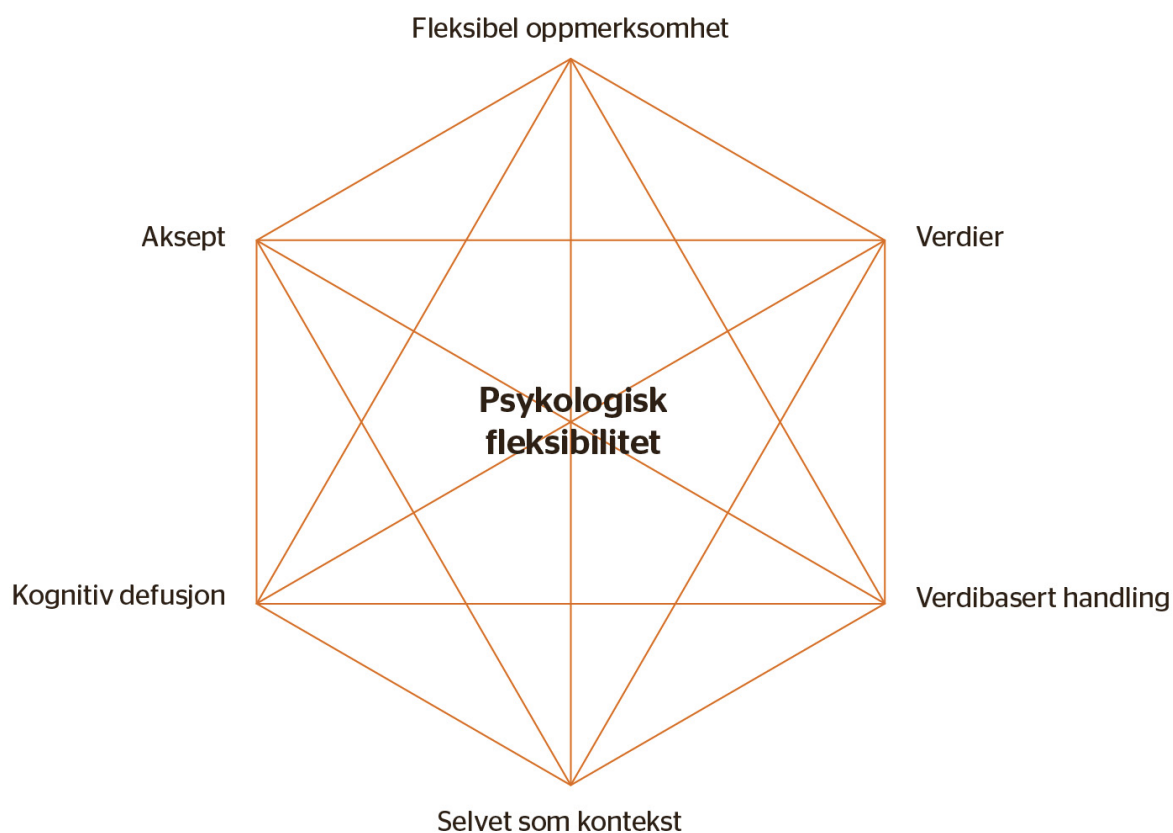
*Kognitiv fusjon* innebærer å henge seg opp i egne tanker og følelser, slik at vi forholder oss til dem som sannheter eller regler som må følges for enhver pris (Blackledge, 2015). Når det ikke er avstand mellom oss selv og tankene, er det lett å gi dem mer makt. Dermed responderer vi mer rigid på indre opplevelser og verden rundt oss. Fusjonering med selvhistorier, slik som «jeg er feig», kalles for *begrepsselfet* (Hayes et al., 2012). Dette innsnevrer opplevelsen av hvem vi er, og hva vi kan gjøre. Beskrivelsen av oss selv reduseres til at vi kun er «feig», «dyktig» eller «for følsom». Mange pasienter har en historikk hvor de ikke har forutsetning for å kjenne igjen indre opplevelser. For eksempel kan et barn som har opplevd overgrep, bli fortalt at det ikke er trist, når det faktisk var trist. Barnet vil ikke stole på at egne opplevelser korresponderer med ordet for opplevelsen. Det lærte

altså ikke å gjenkjenne hva det føler, fordi det ikke lærte å bruke ord for å beskrive følelsestilstanden (Hayes et al., 2012). En slik problematikk vil forstås som manglende utvikling av *selvet som prosess*.

Psykiske plager kan også utvikles og opprettholdes av at vi forsøker å leve opp til egne krav eller andres forventninger. For eksempel hvis livet handler om å fremstå som vellykket, gjør vi oss avhengig av andres vurdering fremfor at vi orienterer oss mot det vi bryr oss om. I ACT kalles dette for *følgning* (Hayes et al., 2012). Dette kan føre til tap av motivasjon og mening, eller tomhet og redusert vitalitet (Hayes et al., 2012). Andre ganger kan den manglende opplevelsen av mål og mening skyldes *uklare verdier*, altså at vi ikke har reflektert over hva som gir livet mening. Et eksempel er midtlivskrisen, der mennesker opplever at de har brukt livet til å jage etter mål som ikke lenger oppleves som meningsfulle.

*Rigid oppmerksomhet* innebærer at vi fanges i tanker om fortiden eller fremtiden. Tapet av kontakt med nåtiden gjør det vanskelig å ta inn ny informasjon eller registrere konsekvensene av egen atferd her og nå. Som et resultat repeterer vi ofte uhensiktsmessig atferd, selv når den emosjonelle kostnaden ved dette eskalerer (Strosahl et al., 2015).

*Merknad.* Copyright Steven C. Hayes, fra Hayes et al. (2012), vår oversettelse. Brukt med tillatelse.



De ovennevnte prosessene kan bidra til et mønster av *passivitet, impulsivitet* eller *unnvikelse*. Dette mønsteret kan preges av tilbaketrekning eller overdreven atferd, slik som misbruk av rusmidler, overspising eller selvskadning (Hayes et al., 2012). Ytre atferd kan være en sterk opprettholdende faktor til psykiske plager (Hayes et al., 2012). Manglende ferdigheter til å kunne nå et mål en har satt seg hører også til under denne prosessen.

### Sentrale prosesser og intervensjoner

Psykologisk fleksibilitet innebærer «å være intensjonelt til stede i nuet, forholde seg hensiktsmessig til egne tanker og følelser, være i kontakt med egne verdier, samt å handle i tråd med disse» (Hayes et al., 2012, s. 96–97). Som med psykologisk rigiditet er prosessene delt opp i seks sammenvevde underprosesser. «Fleksibilitet» refererer til en fleksibel atferd som er virkbar i sin kontekst (se figur 2).

Vår erfaring viser at terapeuten kan bli «smittet» av pasientens psykologiske rigiditet. For eksempel hvis pasienten er sterkt fusjonert med at selvmord er den eneste løsningen, kan dette ofte utløse psykologisk rigiditet hos terapeuten. I møte med psykologisk rigiditet skal terapeuten derimot demonstrere psykologisk fleksibilitet og fungere som rollemodell. Gjennom modellering, opplevelsesbaserte øvelser og metaforer får pasienten nye erfaringer og perspektiver.

*Aksept* er motvekten til opplevelsesunngåelse. I dagligtale har ordet aksept ofte en annen mening enn det har i ACT. Akseptering er ikke det samme som resignasjon eller å tolerere ubehaget. Resignasjon kjennetegnes ved å gi opp, mens å tolerere betyr >å vente til ubehaget har gitt seg. Akseptering innebærer derimot å forholde seg intensjonelt, med åpenhet og varme, til eget ubehag (Hayes et al., 2012). Fremfor å bruke energien på å kjempe mot ubehaget kan >akseptering frigjøre ressurser til å skape et meningsfullt liv (Luoma et al., 2017). Senere vil vi vise hvordan intervensjonen «kreativ håpløshet» (Hayes et al., 2012) >hjelper Nadine å oppdage hvordan forsøk på å kon>trollere indre opplevelser opprettholder problemene eller skaper nye. Basert på vår erfaring kan arbeid med kreativ håpløshet motivere pasienter til akseptering.

Ordet defusjon ble laget for å beskrive motsatsen til fusjon. *Kognitiv defusjon* betyr å ha kontakt med tanker som det de er, ikke hva de sier de er (Wilson & Dufrene, 2008). Ved å få avstand til tanker og oppdage dem som bare tanker, ikke sannheter eller regler som må følges, styrer ikke tanken lenger atferden. Dette åpner muligheten for å evaluere virkbarheten av tan-ken, og pasienten

kan velge egen atferd. En sentral intervensjon er å hjelpe pasienten til å bevisst legge merke til og sette ord på egne tanker. Dette kan gjøres ved hjelp av spørsmål som «*La du merke til at tanken 'jeg er feig' dukket opp igjen? Hvor gammel er denne tanken? Hva skjer i deg når denne tanken tar all plass? Prøv å si høyt: Jeg legger merke til at jeg har en tanke om at jeg er feig. Hvordan påvirker tanken deg nå?*» Vellykket kognitiv defusjon gjør at tanken treffer pasienten annerledes, selv om innholdet i tanken er det samme.

Både fysisk og psykisk smerte fanger oppmerksomheten og kan gjøre den rigid. Når vi klarer å være til stede i nuet med en ikke-dømmende, fleksibel og aksepterende holdning, kan vi unngå å bli fanget i grubling og andre former for opplevelsesunngåelse (Strosahl et al., 2015). Mindfulness-baserte intervensjoner er sentrale for å styrke evnen til *fleksibel oppmerksomhet*. I møte med sterk fusjon, der tanken er fullstendig dominerende, brukes ofte intervensjonen «Å kaste anker». Intervensjonen innebærer å velge en fornemmelse eller en sans som fungerer som et anker til her-og-nå (Harris, 2013). Vi kan for eksempel rette oppmerksomheten mot føttene som er i kontakt med gulvet. Når vi legger merke til at oppmerksomheten vandrer, flytter vi den tilbake til føttene. Dette gir trening i å styre oppmerksomheten intensjonelt, basert på det som er virkbart. Psykologisk fleksibilitet avhenger av tilstedeværelse i nuet fordi samtlige av fleksibilitetsprosessene foregår her-og-nå.

Pasienter kan tviholde på innarbeidede historier om hvem eller hvordan de er. Hvis pasienten er fusjonert med begrepsselfet, kan terapeuten jobbe med selvet som prosess eller selvet som kontekst. Selvet som prosess forstås som en defusjonert, ikke-dømmende kontakt med indre opplevelser og en evne til å beskrive dem (Hayes et al., 2012). Dette trenes ved gjentatte repetisjoner, hvor terapeuten legger til rette for at pasienten observerer og navngir indre opplevelser: «*Jeg ble nysgjerrig. Hva dukket opp i deg nå som vi pratet om dette?*» «*Jeg la merke til at du krympet deg og så ned, akkurat nå. La du merke til hva som skjedde i det øyeblikket?*»

Punktet vi observerer egne indre opplevelser fra, kalles selvet som kontekst (Hayes et al., 2012). Ved at vi observerer noe, kan vi heller ikke være det som observeres. Eller sagt på en annen måte: Du kan ikke være tingen du ser på, siden du er den som ser. Dermed er vi heller ikke våre tanker, følelser eller begreps-selv, men den som opplever disse i varierende kontekster. På tvers av alle opplevelsene du har hatt, vil punktet du observerer fra, være konstant og uendret av innholdet i disse opplevelsene. I arbeid med selvet som kontekst benyttes metaforer og øvelser med fokus på perspektivet du ser fra. Observatørøvelsen (Hayes et al., 2012) benyttes ofte for å bidra til at pasienten klarer å skifte perspektiv og for å fremme kognitiv defusjon. Øvelsen hjelper pasienten å

flytte perspektivet mellom *jeg som er her nå*, til *jeg som var der da*. «*Kan du se gjennom øynene på jenta som var der da? Hva legger du merke til? Det er en del av deg som var der da, og som er bak øynene dine nå.*» Slik kan pasienten oppleve at selvet er konstant og uforanderlig, selv om konteksten endres. Dette kan gi en opplevelse av at selvet er beholderen som inneholder opplevelser, og ikke kan trues eller ødelegges av disse.

«*Hvis du kunne velge hva livet ditt skulle handle om, hva ville du valgt?*» Verdier er fritt valgte og meningsfulle handlinger, som ikke kan krysses av som oppnådde mål, men som leves ut fra øyeblikk til øyeblikk (Luoma et al., 2017). Opplevelsen av at det er mulig å velge, er sentral når vi hjelper pasienter å formulere hva som er viktig, eller med å få nærmere kontakt og skape bevissthet rundt det som allerede verdsettes. Eksempler på kvaliteter man kan velge å stå for, kan være tålmodighet, vennlighet eller engasjement. Det som er viktigst for oss, kan også påføre oss størst smerte (Wilson & Dufrene, 2008). Alle som elsker noen, er klar over dette. Hos en pasient som har kjent seg avvist og er trist, kan vi utforske den andre siden av smerten. «*Kan det tenkes at tristheten du kjenner nå, kan fortelle deg hva du bryr deg om?*» I stedet for at tristheten utelukkende må unngås, kan den minne oss på det som er viktig. Verdier kan motivere til meningsfulle endringer i livet og hjelpe oss å velge hva vi vil stå for i vanskelige situasjoner.

Opplevelsesunngåelse og fusjon kan innsnevre atferdsrepertoaret, slik at handlingene styres av unngåelse fremfor å leve meningsfullt (Hayes et al., 2012). *Verdibaserte handlinger* beveger personen i retning av dens valgte verdier, uavhengig av indre barrierer (Luoma et al., 2017). Dette utvider atferdsrepertoaret til mer virkbare mønstre, som i seg selv er meningsfulle. Å tenke på det som er viktig, defusjonere eller akseptere, er ikke nok for å skape meningsfulle endringer i livet. I ACT sier man ofte at «*endring kommer utenfra og inn*», altså som et resultat av handling. Handlingen fører til nye konsekvenser som påvirker hvordan vi tenker og føler. En sentral intervensjon er atferdseksperiment, som blir vist i kasusdelen.

## Empirisk grunnlag

Hayes (2023a, 2023b) har funnet over tusen randomiserte kontrollerte studier og mer enn fire hundre systematiske gjennomganger eller metaanalyser hvor effekten av ACT har blitt evaluert. Gloster et al. (2020) påpeker at mange av disse har undersøkt ACT i kombinasjon med andre behandlingstilnærminger, som dialektisk atferdsterapi eller mindfulness-basert kognitiv atferdsterapi.



Ut fra dette er det vanskelig å konkludere på effekten av ACT som eneste behandlingstilnærming. Derfor gjennomgikk Gloster et al. (2020) kun metaanalyser med «rene» ACT-intervensjoner. Denne analysen var basert på 20 metaanalyser, som igjen baserte seg på 133 studier med totalt 12 477 deltakere. Funnene understøttet at ACT er en effektiv behandling for angstlidelser, depresjon, rusmisbruk, smerte og transdiagnostiske problemer. ACT hadde samme effekt som KAT når det gjaldt disse problemstillingene, og større effekt enn standard behandling og venteliste. I tillegg fant de at ACT, sammenlignet med andre tilnærminger, viste positive små til store effektstørrelser for livskvalitet, psykologisk fleksibilitet, velvære og fungering.

Psykoterapi har blitt brukt i behandling av kroniske smerter i over 50 år (McCracken et al., 2022). ACT anbefales som en evidensbasert behandling for kroniske smerter (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021). En nylig litteraturgjennomgang av 25 randomiserte kontrollerte studier på kroniske smerter viste at ACT ikke fører til signifikant reduksjon av smerter, men at behandlingen i stedet endrer hvordan pasientene forholder seg til smertene sine (McCracken et al., 2022). ACT-behandling førte til at smertene i mindre grad påvirket sosiale relasjoner og arbeid, og pasientene rapporterte økt livskvalitet. Litteraturgjennomgangen indikerer at psykologisk fleksibilitet medierer utfall av behandlingen, og støtter ACTs underliggende teori om psykisk lidelse og bedring. Flere av studiene som ble gjennomgått, konkluderte med at ACT er en kostnadseffektiv behandling for kroniske smerter (McCracken et al., 2022).

### **Status i Norge**

Ut fra Holdens (2023) bok om atferdsanalyse i Norge og egne undersøkelser virker det som at ACT i hovedsak er implementert i rehabiliteringsfeltet. Dette er kanskje ikke så overraskende, gitt ACTs transdiagnostiske tilnærming og empiriske styrke i behandling av kronisk smerte. ACT er implementert ved St. Olavs hospital, Sykehuset i Vestfold, Vikersund Bad Rehabiliteringssenter, Smerteklinikken ved Haukeland universitetssjukehus, stiftelsen CatoSenteret og ved flere av sentrene til Unicare. På universitetssykehusene i Oslo og i Nord-Norge brukes ACT i smertebehandling. Det undervises i ACT på flere norske universiteter og høyskoler.

Så vidt vi vet finnes det per i dag kun en ettårig ACT-utdanning i Norge. Utdannelsen gis i regi av Bedre Terapeuter. Så langt er det blitt utdannet cirka to hundre terapeuter. Vi har også kjennskap til at flere nordmenn har tatt en toårig ACT-utdanning i Danmark.

## Kasus Nadine

### Predisponerende faktorer

Nadines psykologiske rigiditet forstås i lys av hennes læringshistorikk og hvordan hun har løst og tilpasset seg vanskelige situasjoner. Nadine vokste opp i en familie der det sjelden ble snakket om følelser, og hvor det var lite toleranse for å uttrykke disse. Dette ga henne sannsynligvis begrenset trening i å kjenne igjen, sette ord på og å kommunisere egne tanker og følelser hensiktsmessig (*selvet som prosess*). Lite kontakt med egne tanker og følelser gjorde det trolig vanskelig å identifisere hva som var meningsfullt og viktig (*uklare verdier*). Nadine opplevde i liten grad å få omsorg fra foreldrene. Tvert om lærte hun at å uttrykke tristhet kunne føre til at hun ble forlatt. Ved uenighet lærte hun at egne behov eller opplevelser ikke var gyldige, og at hun kunne unnsnippe straff ved å innrømme dette. Slik ble egne behov og opplevelser farlige, feil eller uakseptable. Å lære å stenge av følelser (*opplevelsesunngåelse*) kan være en nyttig tilpasning i en slik oppvekst. Å etablere en regel (*kognitiv fusjon*) om å ikke ha følelsene vil også fungere adaptivt i denne konteksten, da det reduserer sjansen for avvisning eller straff.

Nadine hadde følelser hun hadde lært at hun ikke burde ha. Hun konkluderte derfor med at det er noe galt med *henne*, noe som la grunnlaget for *begrepsselvet*. Nadine beskriver foreldrene som gode og seg selv som «et krevende barn» og «for følsom». I lys av den oppveksten som blir beskrevet, er det naturlig å forvente at begrepsselvet ga forutsigbarhet og sammenheng, fordi det forklarte behandlingen hun fikk hjemme. Nadine opplevde ikke at foreldrene forstod henne, altså at de ikke tok hennes perspektiv da hun hadde det vanskelig. Vi antar derfor at hun fikk lite trening i perspektivtaking hjemme. Evne til perspektivtaking kan bidra til å forstå seg selv, andre mennesker og ikke minst til å gi egenomsorg.

Læringen fra oppveksten kan ha lagt grunnlaget for vanskene i senere nære relasjoner, fordi Nadine naturlig nok hadde vansker med å gi uttrykk for egne behov. Vi forstår unngåelsen av konflikter og Nadines taushet i lys av hva hun hadde lært om konsekvensene av å uttrykke uenighet i familien. Å løse konflikter er også vanskelig uten å kunne ta andres perspektiv. Ved relasjonsbrudd har hun trolig opplevd dilemmaet mellom å risikere en depressiv tilstand eller å gå raskt inn i et nytt forhold for å unngå vanskelige tanker og følelser. Vi antar at den psykologiske rigiditeten har blitt aktivert i forholdene, og at den har bidratt til nye brudd. De mange bruddene kan ha forsterket

opplevelsen av at det er noe galt med henne (*begrepsselve*). I en lengre periode brukte hun også selvsikning og alkohol for å få bort den psykiske smerten (*opplevelsesunngåelse*). Alle disse prosessene og erfaringene kan øke sårbarheten for mellommenneskelige vansker og nye depressive episoder.

### Opprettholdende faktorer

Bjørn gir Nadine forståelse og omsorg, og de er enige om mange viktige tema. Likevel er trolig læringen og strategiene hun utviklet som liten, uendret og opprettholder vanskene. Når hun opplever eller frykter avvisning, uenighet eller tristhet, kommer den psykologiske rigiditeten hennes til uttrykk. Hun trekker seg unna og blir stille hvis det oppstår uenighet på jobben eller med Bjørn. Tilbaketrekningen gir lite mulighet til å reparere relasjoner, ta imot omsorg eller erfare at uenighet er greit.

I etterkant av mellommenneskelige vansker grubler hun for å kvitte seg med ubehag. Oppmerksomheten innsnevres da på det som er vanskelig, og i praksis tar dette trolig all plass. På grunn av grublingen er hun sannsynligvis lite tilgjengelig både mentalt og følelsesmessig. Vi antar at dette bidrar til «skurring» i relasjonene hennes, som igjen gjør at Nadine opplever økt frykt for å bli forlatt og tanker om at forholdet er ødelagt. Samlet fører dette til søvnvansker, økt ensomhet, frykt, fortvilelse og selvkritikk.

Nadine bebreider seg selv og kjenner seg mislykket og håpløs. Hun bruker mye tid på å forstå hvorfor hun er trist, hva som er galt med henne, og hvordan hun kan få det bedre. Paradoksalt nok fører dette til økt fusjon med begrepsselve (selvkritikk) og håpløshet i stedet for at hun tar initiativ til å endre situasjonen.

Nadines opplevelsesunngåelse vil trolig gi ønsket resultat på kort sikt. Hun kjenner økt kontroll eller lettelse når hun trekker seg unna eller grubler. Men på lengre sikt vil opplevelsesunngåelsen opprettholde vanskene. Det kan være svært vanskelig å oppdage konsekvenser på lang sikt når atferden fungerer forsterkende på kort sikt. I tillegg vil opplevelsesunngåelsen og begrenset kontakt med eget følelsesliv trolig gi en indre tomhetsfølelse og gjøre det vanskeligere å komme i kontakt med egne positive følelser. Dermed vil Nadine i mindre grad erfare vitalitet knyttet til sine verdier. Hun vil også bli lite sensitiv når det gjelder virkbarheten eller resultatene av egen atferd. Slik opprettholder atferdsmønsteret en ond sirkel.

Oppsummert kan vi si at når Nadine opplever vansker, innsnevres atferdsrepertoaret til noen få strategier hun lærte som liten. I nåværende kontekst opprettholder og forverrer disse strategiene Nadines vansker, men det virker som om hun i liten grad er bevisst på dette.

### **Mål for terapien**

Hovedmålet med behandlingen er å fremme Nadines evne til å velge hva som er viktigst for henne, og bidra til at hun handler i tråd med dette i forskjellige situasjoner. Behandling av psykologisk rigiditet er kun relevant dersom prosessene forstyrrer Nadine fra å leve slik hun ønsker. Ved å ta utgangspunkt i hva som smerter mest, kan vi snu dette på hodet for å ane omrisset av hva hun dypest sett bryr seg om. Vi mener å finne hint om dette hos Nadine ved at hun ønsker å ta vare på Bjørn, vennene og familien. Ord som «feig» eller «ikke modig» kan indikere at hun ønsker å gjøre modige ting, og at slike handlinger ville kjennes meningsfulle for henne. Nye erfaringer med at hun kan ha vanskelige følelser og tanker om seg selv (selvet som kontekst, defusjonering og akseptering) og likevel gjøre det som betyr noe for henne (verdibasert atferd), vil også kunne påvirke relasjonen hennes til seg selv og opplevelsen av mening. Følgende delmål blir da viktige i behandlingen:

- Kjenne igjen virkbarheten av egen atferd.
- Kjenne igjen og sette navn på indre opplevelser (selvet som prosess).
- Formulere hva hun bryr seg om, verdsetter og hva som skaper mening (verdier).
- Møte seg selv og egne opplevelser med omsorg fremfor unngåelse eller problemløsning (selvet som kontekst og aksept).
- Skape nye og mer virkbare atferdsmønstre (verdibasert handling).

Selv om delmålene er skrevet i en bestemt rekkefølge, er vår erfaring at arbeid med disse prosessene glir inn i hverandre. Fokuset i behandlingen vil avhenge av hvilke rigiditetsprosesser som hindrer fleksibilitet der og da.

## Sentrale intervensjoner

ACT bygger i utstrakt grad på opplevelsesbaserte øvelser og metaforer for å skape endring. Øvelsene legger til noe nytt i Nadines kontekst og kan hjelpe henne med å endre hvordan hun forholder seg til og responderer på vansker. Når Nadine endrer atferd, vil dette kunne lede til nye konsekvenser, som igjen kan bidra til økt mening og vitalitet.

### ACT i et nøtteskall

For å presentere innholdet i og formålet med behandlingen benyttes øvelsen ACT i et nøtteskall.

Nadine skal se for seg en vanskelig tanke eller følelse hun strever med. Ofte er det hensiktsmessig å begynne med en tanke som ikke er for aktiverende. Hun grubler ofte over at hun har sagt noe dumt til kollegene på jobben. *«Kan du holde hendene ut foran deg og se for deg at hendene representerer tanken? Kan du zoome inn på tanken og langsomt flytte hendene (tanken) helt opp foran ansiktet, slik at de dekker hele synsfeltet? Legg merke til hva du observerer rundt deg nå.»* Terapeuten knytter dette opp til Nadines liv. *«Når tanken om at du sa noe dumt tar så mye plass, hvordan er det å være til stede med andre mennesker du bryr deg om? Kan du forsøke å kjempe mot tanken, for eksempel ved å presse hendene (tanken) så langt fra deg som du klarer?»* Etter 10–15 sekunder: *«Hvordan kjennes det ut i skuldrene nå? Hvor er oppmerksomheten din nå?»* Det vanligste svaret er å kjenne seg sliten i skuldrene, og at dette tar mesteparten av oppmerksomheten. Igjen spørres Nadine: *«Hvordan er det å være aktivt til stede med dem som er viktige for deg, når du befinner deg i denne kampen?»* Til slutt introduseres akseptering som et alternativ. *«Kan du legge hendene i fanget og se for deg tanken eller følelsen som tekst eller som et objekt som ligger der? Hvordan er det å være til stede her-og-nå, når du ikke er fanget i kampen?»* Øvelsen demonstrerer at terapien handler om å kunne legge merke til egne tanker og følelser, og å gjenkjenne opplevelsen eller effekten av å henge seg opp i disse eller kjempe mot dem. Hun får også anledning til å velge å være i kontakt med det som er vanskelig, uten å kjempe.

### Kreativ håpløshet

Ved behandlingsstart har de fleste en agenda om å kvitte seg med eller kontrollere eget indre ubehag. «Kontrollagendaen» er ofte en sentral opprettholdende faktor til pasienters vansker. Intervensjonen «kreativ håpløshet» underminerer kontrollagendaen og åpner for mer virkbar atferd. Det er strategiene som er håpløse, de virker ikke for pasienten, og terapeuten kan dele eksempler fra eget liv hvor kontrollagendaen heller ikke virker for en selv. Ordet kreativ gjenspeiler hva personen opplever når

vedkommende slutter å kjempe, og i stedet blir kreativ i å finne nye strategier for å leve meningsfullt. En godt utført kreativ håpløshet kjennetegnes også ved at pasienten lærer å skille mellom seg selv og sine strategier (selvet som kontekst og defusjonering). Terapeuten er oppriktig nysgjerrig når det gjelder hva som faktisk fungerer for pasienten, og hva som ikke fungerer. Pasienten veiledes med spørsmålene «*Hvor lenge har problemet vært der? Hva har du allerede forsøkt? Hvordan har det fungert på kort sikt? Og på lang sikt? Hva har det kostet? Hva slags liv ville du ha valgt om du kunne velge?*»

Intervensjonen kreativ håpløshet kan skape en ny ramme rundt Nadines behandling. Fra et innledende ønske om at behandlingen skal føre til symptomreduksjon, endres agendaen. Nå blir ønsket å leve et meningsfullt liv på lang sikt, selv når dette innebærer å ha vanskelige opplevelser på kort sikt.

### **Kinoøvelsen**

For å trene Nadine i å møte seg selv med omsorg brukes «kinoøvelsen». Hun inviteres til å gjøre en øvelse hvor hun ser for seg at hun, Bjørn og terapeuten drar på kino. Det er viktig å bruke nok tid til å male denne konteksten ved å forestille seg både setene, popcorn og brus, slik at hun får aktivert sin erfaring med å sitte i en observatørposisjon. Terapeuten forteller: «*Filmen begynner uten at noen av oss vet hva den skal handle om, men den dreier seg om en liten jente på kanskje 3–4 år. Så blir hun 5, 7, 9 år. Og du begynner å stusse. For det som skjer i filmen, minner veldig om ditt liv. Du kan se at den lille jenta vokser opp i en familie der det i liten grad er lov til å ha følelser. Spesielt når hun er trist, trekker foreldrene seg unna henne. Hva tror du Bjørn kjenner og tenker når han ser hvordan den lille jenta blir behandlet? Hva tror du jeg kjenner og tenker?*» Og hvis Nadine ikke klarer å ha medfølelse med den lille jenta, kan terapeuten hjelpe henne videre med spørsmål som «*Hvordan ser ansiktet til denne lille jenta ut når hun blir forlatt? Hva sier kroppsspråket? Hva kjenner du når du ser dette?*» Filmen kan fungere som en eksponering. Nadine observerer sin egen historikk og atferd på lerretet, med nok avstand og perspektiv til at hun kan respondere på en ny måte over-for seg selv. Hvis Nadine blir dratt inn i filmen, altså egne opplevelser, kan terapeuten hjelpe henne tilbake til observatørposisjonen ved å gå tilbake til utgangspunktet og beskrive det å sitte i kinosalen. Kinoøvelsen kan også brukes til å få frem hva Nadine ønsker at livet skal omhandle. Da kan terapeuten gå tilbake til filmen, men denne gangen skal hun fokusere på å beholde observatørposisjonen helt til filmens slutt. Filmen slutter med at Nadine sitter på kontoret til psykologen hun nå snakker med. «*Og her stopper filmen. Det er ikke laget mer. Og hvis det*

*var du som var manusforfatter og regissør ... og du kunne bestemme hva som skulle skje videre i filmen ... hva hadde du valgt at skulle skje videre da? Hvilke mennesker ønsker du å se i filmen? Hva gjør hovedpersonen sammen med disse? Hvordan behandler hovedpersonen seg selv når ting er vanskelig?»* Terapeutens oppgave er å lokke frem konkrete beskrivelser av observerbar atferd som er knyttet til hennes verdier, som om de fortsetter å se på filmen. For eksempel kunne Nadine beskrive en scene der hun er uenig med Bjørn, men velger å bli i situasjonen og møter egen redsel ved å legge en omsorgsfull hånd på brystet. Terapeuten støtter at selvomsorg høres viktig ut, og spør: «*Er det en liten handling du kunne gjort allerede i uka som kommer, som hadde fortalt deg at du er et skritt nærmere dette?»* Et atferdsekperiment knyttet til øvelsen kan være å stoppe opp når ubehaget oppstår, anerkjenne at det er vanskelig, og velge å bli i situasjonen. Små og meningsfylte handlinger kan bidra til å bygge et mer virkbart atferdsmønster og anspore Nadine til å søke opplevelser som forsterker det ytterligere. Det kan være enten gjennom effekten av atferden eller ved at det uavhengig av utfall oppleves meningsfylt fordi det handler om hva hun vil stå for.

### **Hvordan vurdere endring?**

Den tydeligste indikasjonen på at terapien har effekt, er når det skjer en atferdsendring utenfor terapirommet. Som vi innledet med, er ACT en kontekstuell atferdsterapi. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad atferden fungerer i Nadines kontekst, og om hun klarer å bygge vedvarende mønstre av meningsfylt atferd basert på virkbarhetskriteriet. Symptomlette er ikke et eksplisitt mål. Spørreskjemaet Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI; Rolffs et al., 2018) kan gi en indikasjon på om endring har funnet sted. MPFI måler både psykologisk rigiditet og fleksibilitet. Spørreskjemaet er oversatt til norsk (Elen et al., 2021), er gratis og finnes på Facebook-gruppen ACT Norge.

### **Avslutning**

ACT har et solid empirisk grunnlag. Metoden bygger på funksjonell kontekstualisme, hvor prinsippet om virkbarhet gjennomsyrrer utøvelsen av ACT. Hvor virkbar en atferd er, avhenger av gitt kontekst og pasientens verdier. Altså hva slags liv pasienten ville levd om vedkommende kunne velge. Terapeuten jobber med å fostre psykologisk fleksibilitet hos pasienten for å hjelpe vedkommende

mot å skape dette livet. Sentrale oppgaver er å være rollemodell, å fasilitere ved å forme fleksible responser og å gjøre opplevelsesbaserte øvelser.

I kasedelen har vi vist hvordan Nadines tidligere læring og løsninger på vanskelige situasjoner i oppveksten har blitt med inn i voksenlivet. Manglende følsomhet for hva som virker på lang sikt, ser ut til å være et problem. Basert på dette har vi vist hvordan vi ville jobbet med å legge til rette for at livet kan bli mer slik hun ønsker. Målet er at Nadine skal klare å bygge et mønster av meningsfulle handlinger, også i møte med kontekster som historisk har trigget psykologisk rigiditet.

### Referanser

- Blackledge, J. (2015). *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing & supporting change in your client*. Context Press.
- Elen, A.T., Johansen, H.J. & Lyby, P. (2021, 13. april). *Norsk MPFI spørreskjema*. Facebook, ACT Norge. <https://www.facebook.com/groups/actnorge/permalink/6099351816757790>
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S.C. (2023a, september). *ACT randomized controlled studies (1986-present)*. Association for Contextual and Behavioral Science. [https://contextualscience.org/act\\_randomized\\_controlled\\_trials\\_1986\\_to\\_present](https://contextualscience.org/act_randomized_controlled_trials_1986_to_present)
- Hayes, S.C. (2023b, august). *Meta-Analyses and Systematic, Scoping, or Narrative Reviews of the ACT Evidence Base*. Association for Contextual and Behavioral Science. [https://contextualscience.org/metaanalyses\\_and\\_systematic\\_scoping\\_or\\_narrative\\_reviews\\_of\\_the\\_act\\_evidenc](https://contextualscience.org/metaanalyses_and_systematic_scoping_or_narrative_reviews_of_the_act_evidenc)
- Hayes, S.C., Ciarrochi, J., Hofmann, S.G., Chin, F. & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behavior Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2. utg.). Guilford Press.



- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2018). *Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT). Mindful endring – prosess og praksis*. Arneberg forlag.
- Holden, B. (2023). *Atferdsanalyse gjennom 50 år. Norsk atferdsanalytisk forening 1973–2023*. Norsk atferdsanalytisk forening.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C. & Walser, R.D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists* (2. utg.). New Harbinger Publications, Inc.
- Martell, C.R., Addis, M.E. & Jacobsen, N.S. (2000). *Depression in context: Strategies for guided action*. Norton Professional Books.
- McCracken, L.M., Yu, L. & Vowles, K.E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ (Clinical research ed.)*, 376, e057212. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-057212>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Chronic Pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* (NICE Guideline nr. 193). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
- Rolffs J.L., Rogge, R.D. & Wilson, K.G. (2016). Disentangling components of flexibility via the Hexaflex Model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Strosahl, K.D., Robinson, P.J. & Gustavsson, T. (2015). *Inside this moment: a clinician's guide to promoting radical change using Acceptance and Commitment Therapy*. Context Press.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT. An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application*. New Harbinger Publications, Inc.
- Wenzlaff, R.M. & Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Wilson, K. & Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. New Harbinger Publications, Inc.