

Acceptance and Commitment Therapy

 mick.olsen
mixvisions.com

En sammenfatning
af Rikke Kjelgaard

A cceptance and Commitment Therapy (også kaldet ACT – udtalt som et ord og ikke som bogstaverne A-C-T) er udviklet fra midten af 80'erne af den amerikanske professor Steven Hayes under den tredje udviklingsbølge inden for CBT-paradigmet (Hayes et al., 1999). Filosofisk bygger ACT på *funktionel kontekstualisme*, og teoretisk trækkes der på den såkaldte *relational frame theory*, som er en adfærdsanalytisk teori byggende på flere års sprog- og kognitionsforskning¹ (Blackledge, 2003; Barnes-Holmes, et al., 2004). Dette gør ACT til den eneste vestlige psykoterapi, som netop er udviklet i forbindelse med et eget grundforskningsprogram (Hayes et al., 2006). Evidensen for denne behandlingstilgang kommer fra et stigende antal forskningsstudier, som viser, at ACT er en effektiv intervention i forhold til en bred række problematikker såsom f.eks. depression, arbejdsrelateret stress, psykose, angstlidelser, stofmisbrug og rygning (jf. Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2006).

ACT er på mange måder unik, hvilket bl.a. afspejles i synet på udviklingen samt vedligeholdelsen af psykopatologiske processer samt behandlingen heraf. I modsætning til de fleste vestlige psykoterapier har interventionen f.eks. *ikke* symptomreduktion for øje, da en klinisk lidelse ifølge ACT *netop* udgøres af klientens vedvarende forsøg på at blive diverse symptomer kvit (såsom f.eks. dysfunktionelle tanker, nedsat stemningsleje osv.). Som følge heraf arbejdes der i terapien med henblik på forandring af *relationen* mellem klienten og hendes svære tanker og følelser, således at disse ikke længere opfattes som symptomer men som harmløse psykologiske begivenheder, der kan accepteres samt rummes *til fordel for en værdifuld tilværelse samt større psykologisk fleksibilitet* (det viser sig imidlertid oftest, at ACT faktisk medfører en ganske stor symptomreduktion, hvor dette imidlertid *ikke* er målet med terapien men blot anses som værende et imødekommet biprodukt heraf) (Hayes et al., 1999; Hayes & Strosahl, 2004). ACT adskiller sig endvidere fra den typiske vestlige psykologi ved *ikke* at basere sig på formodningen om *sund normalitet*, i hvilken mennesket anses som per natur værende udstyret med psykologisk sundhed, og hvor psykisk ubehag eller

¹ Funktionel kontekstualisme er en forlængelse af Skinners radikalbehaviorisme, som forsøger at forudsige samt påvirke psykologiske begivenheder (adfærd, tanker, følelser mm.) ved at fokusere på manipulerbare variable i deres kontekst (Hayes et al., 1999). Relational Frame Theory bygger overordnet på antagelsen om, at organismen responderer på kontekstuel kontrollerede samt arbitrært applicerbare relationelle netværk, hvorfor man i RFT ser på *relationerne* mellem stimuli (Blackledge, 2003; Barnes-Holmes, et al., 2004).

lidelse opfattes som noget unormalt drevet af en patologisk proces. ACT bygger i stedet på antagelsen om *destruktiv normalitet*, idet man mener, at menneskets normale, psykologiske processer til tider helt enkelt er destruktive samt potentielt ubehagelige, hvilket formodes at være forårsaget af vores unikke evne til sprog (ibid.). Mens sproget (både det ydre i form af f.eks. at tale samt det indre i form af f.eks. tænkning, visualisering osv.) således gør os i stand til at skabe en model af verden, at planlægge og forudsige fremtiden, at lære af fortiden, at udvikle samfundet osv., så medfører disse verbale evner imidlertid *også*, at vi f.eks. er i stand til at være fordomsfulde, ælte og genleve smertefulde oplevelser, skræmme os selv ved tanken om ubehagelige fremtidsscenerier, sammenligne os med andre, dømmes, kritisere samt skabe regler for os selv, som kan være yderst destruktive (f.eks. at ”jeg er nødt til at være tynd, ellers vil ingen elske mig”) (ibid.). I ACT antager man således, at mennesket uvilkårligt til tider oplever aversive tanker og følelser, men at dette imidlertid blot er en verbal proces skabt af hjernen og dermed ikke nødvendigvis en sandhed eller en vanskelighed, som vi er nødt til at reagere på eller løse.

Ifølge ACT er vi evolutionært udviklet med en oftest yderst fordelagtig evne til problemløsning, hvormed eventuelle problemer (i form af noget uønskeligt såsom f.eks. ovenstående tanke) fordrer løsning (i form af at finde ud af, hvordan vi kan undgå den eller få den til at forsvinde). Da denne strategi fungerer fint i den materielle verden, og da den som regel er yderst adaptiv, er det således naturligt også at applicere denne til vores indre psykologiske univers (såsom vore tanker, følelser, minder osv.). Problemet er imidlertid bare, at denne strategi ifølge ACT ofte skaber *øget* ubehag, og jo mere tid og energi man bruger på at undgå eller fjerne disse oplevelser, desto mere er vi tilbøjelige til at lide psykologisk på sigt (Hayes et al., 1999). Evidensen herfor kommer bl.a. fra en lang række studier, som har vist, at emotionel samt kognitiv kontrol eller undgåelse i form af f.eks. suppressionsstrategier paradoksalt nok *øger* tilbøjeligheden til at tænke de tanker eller føle de følelser, som man prøver at blive kvit (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 (hvilket f.eks. kan eksemplificeres ved den paniske klient, hvis symptomatologi udspringer af angsten for angsten), og man bliver desuden ganske ufleksibel i kraft af, at tanker og følelser kategoriseres som henholdsvis uacceptable og acceptable. Forskning har i forbindelse hermed netop vist, at ovennævnte kognitive samt emotionelle kontrol- og undgåelsesstrategier associeres med angstlidelser, depression, øget stofmisbrug, forringet livskvalitet, dårligere

arbejdsperformans, sværere grad af PTSD, borderline personlighedsforstyrrelse, alexitymi m.fl. (jf. Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2004; Kashdan et al., *in press*).

En ACT-intervention går fremdeles ud på bl.a. at kortlægge de af klientens kontrol- og undgåelsesstrategier, som på sigt medfører forringet livskvalitet eller er direkte skadelige for individet, og interventionen møntes som tidligere nævnt på en mindsning af tankernes og følelsernes relative indflydelse på klienten og hendes liv *uden* at forsøge at disputere, evaluere, reducere, ændre, undgå, undertrykke eller kontrollere disse (Hayes et al., 1999). Via en række metaforer samt mindfulness baserede teknikker arbejdes der således med henblik på accept af deres eksistens, og tiden, pengene samt energien som tidligere blev spildt i forsøget på at kontrollere egne tanker og følelser investeres i stedet på effektiv handling mod et nyt og mere værdifuldt liv (Hayes & Strosahl, 2004). Således ses det, at man i ACT i modsætning til traditionel CBT ikke ser på tankernes *indhold* med en efterfølgende intervention rettet mod *forandring* heraf, men på emotioner og kognitioners respektive *form* og *funktion* i forhold til den adfærd, som tankerne og følelserne giver anledning til. Mens diverse handlinger således kan være *topografisk* forskellige (spisning, planlægning, grublen, indtagelse af alkohol osv.), kan de imidlertid ifølge ACT være *funktionelt ækvivalente*, idet de oftest udgør en *undvigelsesfunktion* i forhold til en række tanker og følelser i det pågældende individ (såsom f.eks. ”jeg er fed”, ”jeg klarer det ikke”, nedstemthed, angst etc.). Så mens ubehagelige tanker og følelser som sagt opstår som en ufravigelig del af vores menneskelige natur, så afgøres vores livskvalitet ifølge ACT blandt andet af, hvorvidt vi vælger at engagere os i samt handle i retning af en ønsket tilværelse *til trods for*, at vi føler os fede, nedstemte, angste og stressede samt andre potentielle kognitive og emotionelle forhindringer (Hayes et al., 1999). Opsummerende bygger en ACT intervention således på to primære processer i form af udviklingen af accept overfor uønskede tanker og følelser (som alligevel anses som værende udenfor personlig kontrol) samt på engagement og aktiv handling mod et værdifuldt samt psykologisk fleksibelt liv.

ACT for overvægt?²

Som ovenfor nævnt er målet med ACT overordnet at hjælpe klienterne med at skabe plads til den modstand samt de negative oplevelser, som livet uundgåeligt byder os alle på, mens klienten flytter sig i en retning, som passer til hendes valgte værdier (såsom f.eks. at være en bedre mor, et sundere menneske etc.). Forhindringerne herfor er ifølge ACT som sagt en

² Denne ACT sammenfatning er en del af Rikke Kjelgaards psykologispeciale omhandlende kognitiv adfærdsterapi for overvægt.

undgåelse af diverse tanker og følelser samt en tendens til at se disse oplevelser (som jo reelt blot er sproglige processer) som faktiske facts (Hayes et al., 1999). Når klienten således f.eks. får tanken, at hun ikke er værd at elske, fordi hun er fed, så ”køber” hun oftest tanken i stedet for blot at notere, at hjernen nu producerede en tanke om, at hun ikke er værd at elske, fordi hun er fed! Resultatet bliver følgelig ofte, at hun handler funktionelt ud fra ønsket om at undgå denne aversive tanke (såsom f.eks. at spise eller planlægge en rigid slankekur) i stedet for at acceptere tanken og handle i en ønsket og værdifuld retning (såsom f.eks. blot at lade tanken passere og vente med spisning, indtil der er tale om reel, fysiologisk sult og i stedet engagere sig i andre vigtige handlinger). Når den overvægtige således potentielt bruger en masse tid på at evaluere, hvordan hun har det, og hvad hun eventuelt kan gøre ved det, så er hun sandsynligvis ikke længere særligt nærværende i nuet eller emgageret i forhold til det, som for hende er værdifuldt (for i så fald ville hun formentlig ikke bruge så meget energi på problemløsning). Så i klientens forsøg på at kontrollere sin fysiologiske samt psykologiske tilstand via evaluering samt diverse kontrolstrategier mister hun paradoksalt nok gradvist kontrollen over sit liv som i mellemtiden står på ”standby” i en venten på en ny og lavere vægt samt dertil hørende forestillinger om positive konsekvenser i forbindelse hermed. Ifølge ACT er denne onde cirkel af selvmonitorering, evaluering, forsøg på kontrol samt slankekur ikke *løsningen* på problemet: det *er* problemet! (Hayes et al., 1999; s. 70).

I ACT arbejdes der ud fra en række overordnede principper som gør, at interventionen både er fleksibel samt kan appliceres til en bred række problematikker såvel individuelt som på gruppebasis (Hayes & Strosahl, 2004). Dette medfører følgelig, at rækkefølgen på ACT’s teknikker kan variere afhængigt af det givne individ og dennes aktuelle problematik samt behandleres personlige stil og præferencer, hvorfor nærværende forsøg på en skitsering af en mulig fedmeintervention bør ses med denne individuelle fleksibilitet for øje.

I ACT begynder man som regel indledningsvist med at konfrontere samt underminere klientens typiske handlestrategier i forhold til emotionel samt kognitiv kontrol, og her listes således hendes forskellige måder at blive diverse aversive tanker og følelser kvit (f.eks. at spise, at gå på kur osv.) (Hayes & Strosahl, 2004). Når dette er gjort, udforsker man i fællesskab, hvorvidt disse strategier på sigt har medført symptomreduktion, og hvad strategierne har kostet klienten i forhold til tid, energi, sundhed, vitalitet, sociale relationer osv. Alt i alt ser man altså på, hvorvidt klientens anstrengelser har bragt hende nærmere den tilværelse, som hun gerne vil leve, samt hvordan det har påvirket hendes generelle livskvalitet (og her ses det ofte, at klienterne faktisk i høj grad har anstrengt sig meget, mens vægten imidlertid blot stiger, samtidig med at livskvaliteten mindskes). Herefter introduceres den

grundlæggende tese i ACT i form af kontrol som *problemet* og ikke som løsning, og der arbejdes følgelig på en erkendelse af, at så længe klienten er fikseret ved at prøve at kontrollere, hvad hun tænker, og hvordan hun har det, så er hun fanget i en ond cirkel af eskalerende stress og ubehag (Hayes et al., 1999). Overført til fedmeproblematikken indebærer dette eksempelvis, at det ikke er overvægten *i sig selv*, som er problemet, men snarere al den adfærdsmæssige samt psykologiske energi, der bruges på *problemløsning* i forhold til denne tilstand, som imidlertid synes at vare ved på trods af alle disse anstrengelser. Således ses det f.eks., at diverse tanker omkring bl.a. krop, vægt og selvværd til tider undgås eller søges fjernet ved hjælp af f.eks. spisning (hvilket kultiverer overvægten) eller impulsive og rigide slankeforsøg (hvilket medfører deprivation, som ofte efterfølges af overspisning). Hermed er man potentielt havnet i en ond cirkel af tanke- og følelsesmæssig undgåelse eller kontrol, som imidlertid synes at forstærke problematikken (overvægten såvel som de relaterede tanker samt følelser) yderligere, samtidigt som livet ofte står på ”standby” i forhold til andre vigtige områder såsom f.eks. ens børn, sociale relationer, sundhed, generelle velvære osv. Med andre ord kan spisning i stress- og emotionsregulerende øjemed forstås ud fra en ACT tilgang i form af forsøget på at undgå en række tanker og følelser, hvilket medfører en række begrænsede adfærdsmæssige responser. Når klienten fremdeles oplever ubehagelige tanker og følelser bruges spisningen ofte som regulering, hvormed tendensen til undgåelse af ubehag og dermed spiseadfærd som strategi blot forstærkes. Med tiden bliver individet således mindre og mindre i stand til at håndtere ubehagelige tanker og følelser, og spisning kræves i større og større omfang som en copingrespons, hvormed overvægten kontinuerligt kultiveres.

Når dette er kortlagt, arbejder man indenfor ACT efterfølgende med fokus på øget psykologisk fleksibilitet, hvilket sker på baggrund af en række grundlæggende principper, som alle har deres egen specifikke metodologi, metaforer, øvelser samt hjemmeopgaver (jf. Hayes et al., 1999; Hayes & Strosahl, 2004). Interventionen møntes f.eks. på at løsne den sammensmeltning, der ofte er mellem klienten og hendes sprog (f.eks. diverse aversive tanker), således at klienten bliver i stand til at ”træde tilbage” og observere sine sproglige processer uden at lade sig fange af dem. Klienten skal med andre ord lære at opfatte tanker, forestillinger, minder osv. som det, de reelt *er* – nemlig ord og billeder – i stedet for hvad de *fremstår* som at være i form af trusler, regler, sandheder, fakta osv. (Hayes et al., 1999; Hayes & Strosahl, 2004), hvormed man bl.a. adresserer den tidligere nævnte rigiditetsproblematik, som synes at fastholde individet i en ”alt-eller-intet” tankegang. Dernæst rettes interventionen mod øget accept i forhold til at kunne rumme disse tanker og følelser, og der arbejdes med

mindfulness-træning, således at klienten på en åben og receptiv måde kommer i kontakt med her-og-nu oplevelsen, hvormed hun lærer at engagere sig fuldt nærværende i, hvad hun pt. er i gang med, samt hvad hun føler og tænker (ibid.). For den overvægtige vil dette f.eks. indebære en accept af krops- og selvværdsrelaterede tanker (og alle *andre* tanker for den sags skyld) samt et øget nærvær i forbindelse med f.eks. spisning. Dette vil formentlig medføre, at klienten udover at være fuldt engageret i selve oplevelsen også undgår diverse distraheringer samt bliver mere sensitiv overfor de fysiologiske sult- og mæthedssignaler, hvilket potentielt mindsker risikoen for overspisning (Cooper et al., 2003). Interventionen rettes endvidere på en kortlægning af det, som er mest vigtigt i klientens liv, såsom hvilken person hun vil være, hvad der er meningsfuldt for hende, hvad hun vil stå for osv., og når disse grundlæggende værdier er identificerede, diskuteres muligheden for villighed til at føle angst, nedtrykthed osv. til fordel for at gøre det, som rent faktisk er værdi- og meningsfuldt for klienten. Det er med andre ord kun muligt at flytte sig i ens ønskede retning, såfremt man er villig til at opleve modstand og ubehag i form af aversive tanker og følelser, hvorfor man i ACT lægger meget energi på motivationsarbejde i form af hele tiden at fokusere på, hvad det er klienten vil med sit liv (Hayes et al., 1999; Hayes & Strosahl, 2004). Hermed adresseres klientens motivationsniveau således på en måde, som sætter klienten i kontakt med vigtige og værdifulde områder, hvilket ofte er en smertefuld proces pga. den hyppige diskrepans mellem, hvad livet egentlig skal handle om, og hvordan klienten lever lige nu (Hayes et al., 1999).

Endelig sættes en række mål, som guides af klientens angivne værdier, og der arbejdes med henblik på effektiv handling i forhold til opnåelse af disse (Hayes et al., 1999; Hayes & Strosahl, 2004). For den overvægtige kunne dette f.eks. udmøntes i ønsket om bedre sundhed, som konkretiseres i målet om f.eks. daglige gåture, hvormed der planlægges og handles i overensstemmelse med målene *til trods for* adskillige tanker såsom f.eks. ”jeg klarer det ikke”, ”det regner i dag” samt følelser af angst, træthed, nedstemthed osv. Det kunne endvidere handle om ønsket om at være en bedre mor, hvilket f.eks. kan konkretiseres i målet om daglig afsættelse af tid til ens børn samt faktisk mentalt nærvær i forbindelse hermed, hvormed vægt- og kropsrelaterede problematikker således i denne forbindelse slet ikke er i fokus, idet klienten, når det kommer til stykket, f.eks. ikke finder, at det er vigtigere, at hendes børn husker hende som ”tynd” men som ”en god mor”!

Opsummerende ses det således, at en ACT intervention mod fedme potentielt kunne handle om at reducere autenticiteten samt den indflydelse som diverse tanker og følelser har på klienten og hendes adfærd. Behandlingen kunne følgelig rettes mod større accept af disse samt en øgning af klientens generelle nærvær i nuet. Der kunne endvidere fokuseres på øget

motivation i form af en identificering af klientens vigtige værdier og mål for livet samt på engagement og aktiv handling i denne sammenhæng til trods for potentielle kognitive og emotionelle barrierer i forbindelse hermed. Målet er alt i alt paradoksalt nok ikke, at klienten skal føle sig *bedre*, men at klienten *føler* bedre og lever et meningsfuldt liv, uanset hvad vægten viser! (Hayes et al., 1999; s.77)

Som det fremgår af ovenstående, placerer ACT sig overordnet inden for CBT-paradigmet, hvorfor dele af nærværende fremstilling ikke adskiller sig markant fra ”traditionel” CBT for fedme. Således er der i begge interventioner fokus på stresshåndtering såvel som bevægelse mod personligt vigtige mål. Divergensen opstår imidlertid bl.a. mellem kognitionernes postulerede centralitet og determinerende indflydelse, eftersom ACT i modsætning til CBT *ikke* går ud på at disputere, evaluere, reducere, ændre, undgå, undertrykke eller kontrollere klientens tanker og følelser men snarere på en accept af deres til tider uundgåelige eksistens samt villighed til at rumme disse til fordel for et værdifuldt liv (Hayes et al., 1999). Ikke desto mindre er det jo *netop* den kognitive omstrukturering af en række postulerede, afgørende kognitive faktorer, som adskiller CBT fra traditionel (adfærdsterapeutisk) fedmebehandling (Cooper et al., 2003). Fremtidig forskning vil således gavne af bl.a. at kortlægge, hvorvidt det mest effektive i forhold til fedmebehandling er kognitiv omstrukturering, eller om en accept-baseret tilgang potentielt vil være mere givende. Adskillige undersøgelser har vist, at kognitive interventioner ikke synes at have nogen additiv effekt på en lang række problematikker sammenlignet med de adfærdsmæssige komponenter i CBT (Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989; Hayes, 2004b; Longmore & Worrell, *in press.*), mens dette imidlertid endnu ikke er studeret i forhold til overvægtsproblematikken.

Selvom ACT virker lovende, eksisterer der imidlertid en række forbehold. På trods af at der tilsyneladende kun findes yderst få forskningsartikler, som kritiserer terapiformen (jf. Corrigan, 2001), er der imidlertid en række forskere, som via forskellige debatfora samt igangværende (og endnu ikke udkomne) forskningsprojekter sætter spørgsmålstegn ved ACT's generelle evidens samt metodikken og forskningskriterierne i studierne heraf (ref: e-mail korrespondance Hayes, 21/12-06; Wicksell, 20/12-06; Öst, 20/12-06). Den manglende publicering af eventuel kritik problematiserer en *nuanceret* fremstilling af forbeholdene overfor ACT, hvilket beklageligvis også afspejles i nærværende perspektivering. Ikke desto mindre synes debatten grundlæggende at centrere sig omkring det fundamentale, filosofiske udgangspunkt samt de præanalytiske valg, som dette nødvendigvis medfører. Der er med andre ord tale om divergerende, epistemologiske opfattelser mellem kognitivist og neobehaviorister, som overordnet ser forskelligt på de determinerende mekanismer samt det

væsentlige forandringsfokus i forhold til klienten og dennes problematik. Det ligger imidlertid uden for rammerne for nærværende speciale at retfærdiggøre de respektive filosofiske udgangspunkter, hvorfor der blot overordnet gøres opmærksom på, at selvom ACT placerer sig inden for det kognitive adfærdsterapeutiske paradigme, så er der imidlertid tale om en terapiform, som i flere henseender adskiller sig filosofisk, teoretisk samt metodisk fra den kognitive del af det samlede CBT domæne (Hayes et al., 1999), hvilket naturligvis høster kritik som følge heraf.

Man bør endvidere holde sig for øje, at ovenstående fremstilling af ACT for fedme som sagt udgøres af *egne* hypoteser omkring, hvordan denne teori samt terapiform potentielt kan appliceres til overvægtsbehandling. Ikke desto mindre bør det dog pointeres, at ACT har vist sig netop at være brugbar i forhold til en *bred* række problematikker, og terapiformen fremstilles således ikke i problemspecifikke manualer men beskrives ud fra en række overordnede, fleksible principper, som følgelig tilpasses den enkelte klient og hendes aktuelle ønsker (Hayes et al., 1999; Hayes & Strosahl, 2004). Overvægtsproblematikken burde dermed også kunne adresseres ud fra disse.

Alt i alt vurderer jeg altså, at ACT sandsynligvis kan bidrage med et teoretisk og praktisk supplement til behandlingen af overvægt i kraft af dens fokus på accept af de føromtalte, overvægtsrelaterede tanker og følelser, som ifølge teorien er en uundgåelig del af alles tilværelse. Jeg påtænker således ikke at ACT tilgangen nødvendigvis skal erstatte CBT behandling for fedme, da ACT stadig bør tage udgangspunkt i de teoretiske og empirisk funderede systematiseringer af de psykologiske processer, der er på spil i forbindelse med overvægt, og som dermed bør adresseres ved psykologisk behandling heraf. Forskellen vil blot være, at ACT i modsætning til traditionel CBT ikke går ind og forsøger at ændre, evaluere eller disputere klientens kognitioner og emotioner, da denne tilgang ifølge ACT blot synes at placere individet i en evig, intern kamp samt forstærke de oplevelser, som man ønsker at undgå. Terapiformen synes især givende i forhold til vedligeholdelsesproblematikken, idet klienterne lærer at acceptere diverse tanker og følelser relateret til eventuelle tilbagefald samt kroppens generelle fedtreduceringsresiliens, mens klienten kontinuerligt bevæger sig mod bedre livskvalitet i kraft af det særlige fokus på motivation i form af engagement i forhold til de områder i livet (såsom f.eks. større sundhed), som for hende er særligt vigtige. Med andre ord er det måske slet ikke så væsentligt, om klienten vejer 72 eller 92 kg., idet det betydningsfulde for hende f.eks. kan være, hvorvidt hun er en god mor, hustru, veninde samt i store træk lever en sund tilværelse. Måske skal fokus i det hele taget *væk* fra vægttab og rettes mod øget sundhed samt velvære generelt...?

Ovenstående er en del af Rikke Kjelgaards psykologi speciale omhandlende kognitiv adfærdsterapi for overvægt. Hvis du ønsker at læse hele specialet er du velkommen til at sende en e-mail til: rikke@actdanmark.dk

Referencer

- 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*
- Cooper, Z. et al. (2003). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity. A clinicians's guide*. New York: The Guilford Press.
- Corrigan, P.W. (2001) Getting ahead of data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*. Vol. 24; 189-193.
- 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. (2004). Acceptance and Commitment Therapy: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. I: Hayes et al. (eds.) (2004). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: The Guilford Press. Kapitel 1.
- Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science + Business Media, Inc..

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

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*.

Longmore, R.J. & Worrell, M. (*article in press*). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*.

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; 433-445.

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

Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*. Vol. 4; 30-38.

Zettle, R.D & Rains, J.C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 45, No. 3; 436-445.