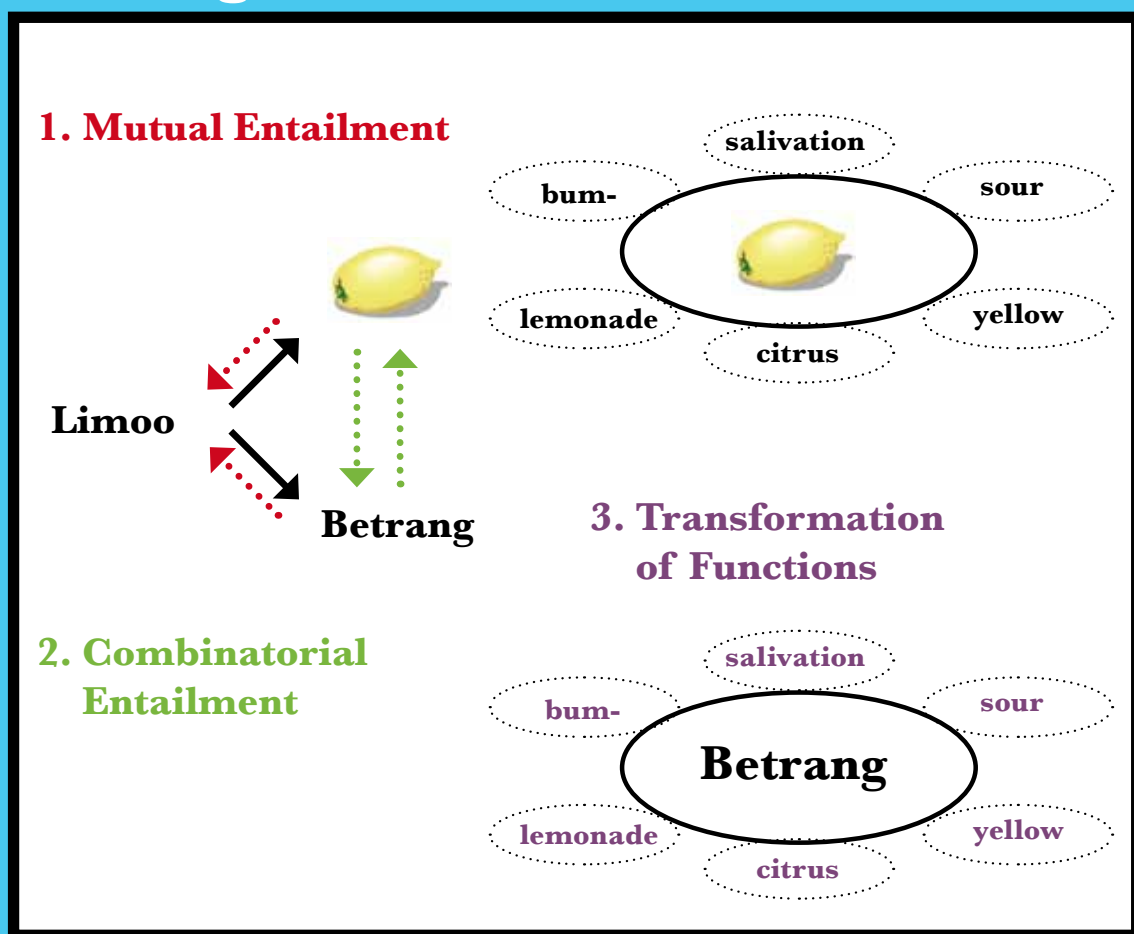


# Beteende terapeuter

## Defining Features of Relational Frames



## BTF:s Workshop om RFT

med Eric Fox

## Intervju med Steven Hayes

*"We are trying to get back to a vision that Skinner had when he wrote the book Walden Two."*

# Beteende terapeuten

## Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Daniela Lambert, Redaktör  
Anna Eriksson  
Liv Larsson  
Johan Westöö

## Styrelsen:

Viktor Kaldo, Ordförande  
viktor.kaldo@psyk.uu.se  
Maria Eklund, Medlemssekreterare  
btf.medlemssekreterare@gmail.com  
Inga Axbrink, Kassör  
inga.axbrink@pk.artisan.se  
Sara Widén, Sekreterare  
widensara@gmail.com

## Övriga ledamöter:

Pontus Bjurner  
pontus.bjurner@kbtpsykologer.se  
Benjamin Bohman  
benjamin.bohman@gmail.com  
Rio Cederlund  
rio.cederlund@gmail.com  
Johan Holmberg  
johan.holmberg@psykologpartners.se  
Dan Katz  
dan.katz@swipnet.se  
Kristina Nilsson  
rudolfsdotter@yahoo.se  
Liria Ortiz  
liriaortiz@hotmail.com  
Jonas Ramnerö  
jramn@psychology.su.se  
Cecilia Sjödén  
cecilia.sjoden@psykologpartners.se

## Manusstopp för nästa nummer

10 april 2009

Bidrag skicks till:

L\_DANIELA@HOTMAIL.COM

Textformat: Word

(eller RTF om du använder Mac)

## Tryck och repro

AWJ-Tryck AB, Nyköping

## Redigering

Lennart Östlund, Mediability, Nyköping

## Redaktionellt

Du håller det första numret av Beteendeterapeuten för det nya året i din hand. Förhoppningsvis känner du sig sugen på att förkovra dig i lite KBT igen efter juledigheten. Jag kan avslöja att numret bjuder på spännande referat från BTF:s RFT-workshop med Eric Fox, en sammanfattning från en konferens kring rehabilitering av tortyröverlevande som hölls i Köpenhamn i december förra året och mycket mer. Dessutom finns en intressant intervju med Steven Hayes som är mycket läsvärd. Nytt för i år är "miniprofilen" som innebär att redaktionen kommer att göra kortare intervjuer av medlemmar i föreningen. I detta nummer är det Kay Nyström som presenteras lite närmare. Vill också passa på att påminna dig om att svara på "Fråga Listan-frågan" som skickas ut på KBT-listan. Glöm inte heller att anmäla dig till BTF:s årsmöte! Om du vet att du ska gå och kan tänka dig att skriva några rader för Beteendeterapeuten så är detta ytterst välkommet!

Daniela Lambert

Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

<b>Billy Larsson svarar i Psykologtidningen</b>	<b>4</b>
<b>Intervju med Steven Hayes</b>	<b>6</b>
<b>Konferens om rehabilitering av tortyröverlevande</b>	<b>10</b>
<b>Fortsättning på Intervju med Steven Hayes</b>	<b>12</b>
<b>Miniprofilen, Kay Nyström presenteras</b>	<b>21</b>
<b>Metaforens makt</b>	<b>22</b>
<b>Fortsatt introduktion till Relational Frame Theory</b>	<b>23</b>
<b>Krönika</b>	<b>26</b>
<b>Bokrecension</b>	<b>27</b>
<b>Fråga Listan</b>	<b>28</b>

### Ska du gå på BTF:s årskongress? Gillar du att fota och skriva?

Skriv ett referat från en workshop, fota föreläsare, ta roliga mingelbilder, intervju någon i styrelsen, årsmötesgruppen eller deltagare på kongressen eller skriv kort och gott ner dina reflektioner och skicka in till redaktionen på: L\_DANIELA@hotmail.com  
Meddela innan om du vill skriva om en specifik workshop.  
Senast 10 april behöver vi ditt bidrag.

# Ledare

## KBT regerar?

Ett år är slut, ett annat börjar. Även om BTFs verksamhetsår inte är helt i fas med vår vanliga kalender så är detta även min sista ledare för mitt första år som ordförande. Till skillnad från de senaste åren har styrelsen inte varit tvungen att ta tag i någon plötsligt uppdykande, önskad stor fråga eller kris. Tvärtom blev 2008 ett fokuserande och produktivt år.

Ansiktslyftet av vår nu färgfyllda medlemstidning har nog alla noterat, och kanske har du via kbt.nu provat att logga in i det elektroniska arkivet till vår alltmer framgångsrika vetenskapliga tidskrift Cognitive Behavioral Therapy? Få har ännu sett föreningens nya officiella lokal (den första någonsin?) men förhoppningsvis har desto fler tagit sig en ordentlig titt på det policydokument som styrelsen tagit fram. Har du missat den finns den i kallelsen till årsmötet.

Allt som påbörjats har inte ännu avslutats. Mycket jobb har lagts ner på en ny hemsida och terapeutlista, på att pröva nya sätt för styrelsen att arbeta, att utreda möjligheten att arvoda en kanslist och att hitta nya former för hur BTF ska stödja BT/KBT-utbildningar och värna kvaliteten på dem, liksom kvaliteten på hur BT och KBT praktiseras i olika verksamheter. Läs mer om året som gått i verksamhetsberättelsen!

Kvalitet ja... Regeringen har gjort en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting, kallad rehabiliteringsgarantin. Precis som i socialstyrelsens kommande riktlinjer för ångest och depression lyfts psykologisk behandling här fram mycket tydligt. Rader som ”Farmakologisk behandling omfattas inte i rehabiliteringsgarantin” tyder på att psykologiska behandlingsformer är på frammarsch. Rehabiliteringsgarantin är också mycket tydlig med att peka ut just KBT som den psykologiska behandling som gäller för depression och ångest (och multimodal behandling för smärtproblematik), med betoning på att nutida och framtida evidens är avgörande.

Allt frid och fröjd alltså? Nja, annat i detta dokument är oroväckande, rent av mystiskt. ”Tillräcklig kompetens” i KBT definieras t.ex. i följande hierarki:

- (1) leg psykolog med KBT-inriktning
- (2) leg psykolog med annan inriktning men som använder KBT metoder
- (3) behandlare med adekvat utbildning (vårdyrken + pedagoger) med motsvarande grundläggande terapiutbildning (tidigare steg-1) i KBT
- (4) behandlare med adekvat grundutbildning plus 7,5 högskolepoäng (5 veckors) påbyggnadskurs i KBT som får psykologhandledning minst 2 gånger/månaden.

Var kommer dessa kriterier ifrån? Vem har avgjort vad som är god kvalitet? Anser man att det nu är så akut brist på KBT att man måste tulla på kvaliteten ibland, eller att alla dessa lösningar faktiskt garanterar god kvalitet? Vad ligger bakom att legitimerade terapeuter inte överhuvudtaget nämns?

Var det här landar vet vi inte (men lite mellanlandningar i form av synpunkter på KBT-listan skulle vara intressant läsning). Det väcker definitivt frågan om hur aktivt BTF ska jobba för att vara med i sammanhang där den här typen av frågor avgörs. Vill vi att BTF ska jobba aktivt med den här typen av påverkan? Kan vi samla tillräcklig mycket kraft för att lyckas? Om vi försöker – hur gör vi på bästa sätt?

Märker du att ditt hjärta börjar klappa lite fortare när du läser det här så tveka inte att höra av dig till Medie- och opinionsgruppen ([dan.katz@katzkbt.se](mailto:dan.katz@katzkbt.se)) eller till styrelsen ([btf.styrelse@gmail.com](mailto:btf.styrelse@gmail.com)). Kanske kan just du vara en del av svaret på de här frågorna!



Viktor Kaldo  
Ordförande i Beteendeterapeutiska föreningen

# Kommentarer till Tomas Böhm

Text: Billy Larsson

Detta svar har tidigare publicerats i Psykologtidningen nr 11.

**Tomas Böhm har i Psykologtidningen nr 9 skrivit en artikel som uppvisar många missförstånd om såväl DSM som om KBT. Här kommenteras några av missförstånden.**

Med hänvisning till Archie Cochrane menar Böhm att evidensbaserad behandling inte bara ska utgå från vetenskapligt underlag utan även från behandlaren erfarenhet och patientens värderingar. Därför gör SBU fel anser Böhm eftersom SBU bara beaktar forskningsunderlaget. Men Böhm blandar ihop evidensbaserad psykologisk praktik (EBPP) - som handlar om hur fyra olika aspekter ska vägas samman i behandlingen av en enskild individ - med evidensbaserade metoder. Evidensbaserade metoder ingår i ett av de fyra benen i EBPP, det som handlar om att utgå från 'bäst möjliga forskning'. Det är här SBU:s rapporter kommer in som forskningssammanfattningar. Dessutom var det Cochrane som initierade att göra sammanställningar av forskningsläget vid olika tillstånd, fr a med hjälp av RCT-studier. Böhm kan alltså inte använda Cochrane för att kritisera SBU, för SBU och Cochrane har samma syn på vetenskaplig utvärdering.

Böhm påstår också att SBU gjort 'ett slags vetenskapligt etnisk rensning' som utesluter att 'psykodynamiska referenser skulle ha effekt vid paniksyndrom'. Men givetvis finns det inget i definitionen av RCT-studier som utesluter att PDT skulle kunna visa sig vara effektivt vid panikångest.

Däremot krävs att forskningen använder DSM-diagnoser. Böhm kritiserar dock SBU för att använda DSM. Men DSM är bara det amerikanska psykiatrikerförbundets variant av WHO:s diagnosystem ICD, i princip skulle det gå lika bra att använda WHO:s diagnoser. Fast Böhm föredrar psykoanalytisk diagnostik. Men det verkligen anmärkningsvärda hade väl varit om SBU använt sig av psykoanalytisk diagnostik, då hade

det funnits grund för att uppfatta SBU som partiskt. Det är därför märkligt att kritisera SBU för att använda det etablerade diagnosystem som finns. Är Böhm inte nöjd med det är det inte på SBU han ska klaga, utan då får han vända sig till WHO.

Dessutom, när Böhm kritiserar DSM för brist på etiologi verkar det som han tror att DSM bara består av den diagnostiska manualen. Men DSM är ett system av böcker, och den forskning om etiologi och behandling som Böhm efterlyser redovisas på mer än tusen sidor av First & Tasman (2004). Kan Böhm redovisa något liknande forskningsunderlag för psykoanalytisk diagnostik och etiologi?

**För den freudianska synen på symtom har försvårat snarare än underlättat förståelsen av mänskligt lidande.**

Böhm kritiserar också DSM för att göra symtomen 'platta', att de skulle sakna 'betydelse'. Han exemplifierar med att påstå att om någon tvekar att gå in i ett rum, då intresserar man sig inom KBT bara för beteendet, om personen går in i rummet eller ej (beteendet), inte för varför personen tvekar att gå in (skälen till beteendet). Men om Böhms intresse för betydelse bara innebär att intressera sig för en persons skäl för sitt handlande så gör man självklart det inom KBT också, eftersom skäl är en form av kognition. Däremot är man skeptisk till den typ av skäl som Freud ansåg låg bakom symtomen: omedvetna önsningar som uttrycks i symboliska handlingar. För den freudianska synen på symtom har försvårat snarare än underlättat förståelsen av mänskligt lidande.

Ett exempel. Symtom inom KBT betyder också något, de ses som begripliga reaktioner hos patienten utifrån personens livshistoria och biologiska disposi-

tioner. Angående Freuds fall Lille Hans konstaterade man för länge sedan i den beteendeterapeutiska traditionen att Lille Hans hade en specifik fobi, i form av ett undvikande av att gå ut på gatan (Wolpe & Rachman, 1960). Detta kunde förstås med hjälp av sunt förnuft och orsakstänkande: tre år gammal hade Hans blivit rädd att gå ut på gatan sedan han bevittnat en olycka med en vältande häst. Det fanns alltså orsaker till Lille Hans fobi, och hans symtom är naturliga reaktioner på det han varit med om. För Freud var emellertid en sådan förklaring otillräcklig. Freud tänkte sig istället att hästen representerade fadern och att när hästen ramlade på gatan var det ett uttryck för Hans önskan att pappan skulle dö så att Hans fick ha modern för sig själv. Ängesten inför hästen var också projicerad libido. Detta är några aspekter av den 'betydelse' som Freud ger åt fobin.

Att man inom KBT kunnat utveckla effektiv terapi för fobier och tvång beror delvis på att man kommit bort från den freudianska synen på symtom.

Att återigen börja tänka på vilken 'betydelse' symtom har i termer av 'omedvetna önskningar' vore en tillbaka-

**För det är inte SBU:s fel att det är ont om välgjorda studier till förmån för PDT. Skälen till det får istället sökas inom den egna rörelsen.**

gång till ett sätt att se på symtom som, trots att det funnits i 100 år, inte kunnat påvisa sin riktighet. Det finns inget som talar för att fobikerns rädsla för spindlar eller

tvångspatientens rädsla för smitta har någon betydelse i termer av 'omedvetna önskningar'. Har Böhm någon annan uppfattning ligger bevisbördan hos honom, för synen på symtom som snarare reaktioner än som symboliska handlingar, har starkt stöd i modern forskning, t ex i anknytningsforskningen.

Dessutom verkar Böhm tro att den terapeutiska relationen inte skulle vara viktig inom KBT. Men Aaron Beck betonade tidigt vikten av den terapeutiska relationen i kognitiv terapi. Också inom beteendeterapin insåg man tidigt vikten av en varm terapirelation, även i något så enkelt som i behandlingen av en ormfobi (Morris & Suckerman, 1974). Och psykoterapiforskningen visar att en bra terapirelation är en gemensam faktor i all terapi, och därför är den viktig också inom KBT. I ny svensk forskning framkommer att terapirelationen anses vara lika viktig oberoende av terapeutens teoretiska

tillhörighet (Larsson, 2007). Däremot är det riktigt att man inom KBT inte lagt så stor teoretisk vikt vid terapirelationen. En nyutkommen bok om terapirelationen i KBT bidrar till att komma tillrätta med detta (Gilbert, & Leahy, 2007).

Till sist framför Böhm uppfattningen att när det gäller symtom så borde psykiatrin 'inrikta sig på ett multidimensionellt utforskande av icke-verbalt uttryckta, omedvetna innebörder'. Men en sådan forskning verkar utgå från att Freud hade rätt i sin syn på symtom, och sedan försöka leda det i bevis. Så åstadkommer man inte forskning, utan på det viset produceras ideologi. Låt oss ha en forskning som gör empiriskt förankrade modeller av hur symtom uppkommer, men bestäm inte på förhand vad forskningen ska komma fram till.

I samma nr som Böhm framför sin kritik skriver också Leif Havnesköld. Han företräder sådan psykodynamisk terapi som vill låta sig utforskas i RCT-studier, accepterar DSM-diagnostisering och inte ser symtom som symboler som ska tolkas. Utmärkt. Men om svenska psykodynamiker väljer Böhms väg – att kritisera budbäraren SBU – istället för att bli positiv till att forska enligt etablerade metoder för effektforskning, då lär man gå en tynande tillvaro till mötes.

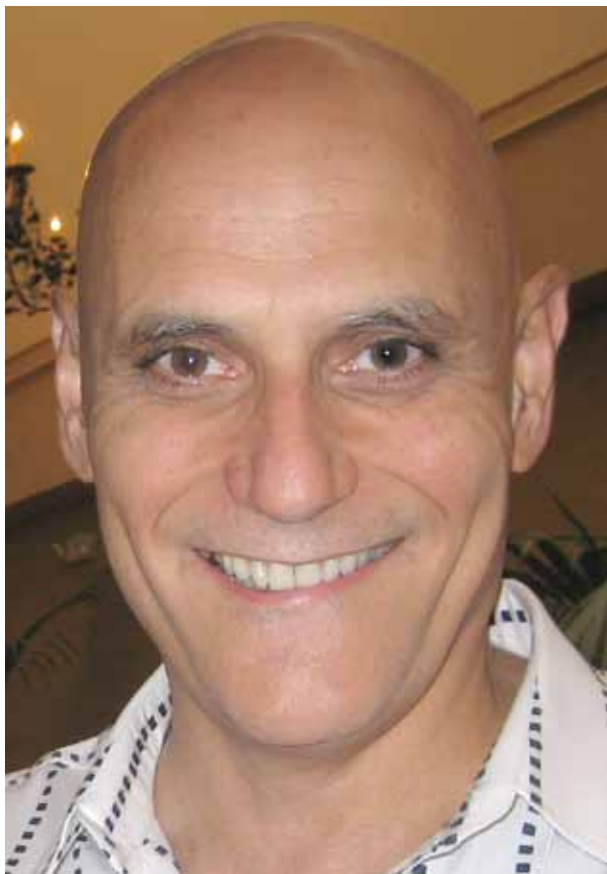
För det är inte SBU:s fel att det är ont om välgjorda studier till förmån för PDT. Skälen till det får istället sökas inom den egna rörelsen. I synnerhet beror det på att psykoanalytiker i decennier propagerat för den sorts ståndpunkt som Böhm torgför: att symtom har en omedveten betydelse som ska tolkas, att symtomlindring inte är viktigt, och att PDT-terapi inte lämpar sig för något så 'naturvetenskapligt' som effekttudier. Det vore därför bättre om Böhm gjorde rent i eget hus, än skyllde problemen på SBU.

## Referenser

- First, M. B. & Tasman, A. (2004). DSM-IV-TR mental disorders: diagnosis, etiology and treatment.
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies.
- Larsson, B. (2007). Integration av olika skolbildningar i psykoterapi: möjligheter och hinder. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, Göteborg.
- Morris, R., & Suckerman, K. R. (1974). Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 244-250.
- Wolpe, J. & Rachman, S. (1960). Psychoanalytic 'evidence': A critique based on Freud's case of little Hans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, 135-148.

# Intervju med Steven Hayes

Text: Njördur Viborg



Steven C Hayes.

Foto: Privat

**Följande intervju gjordes ursprungligen för medlemstidningen Sokraten (publicerad i december 2008). Steven Hayes var dock även positiv till att intervjun eventuellt senare skulle publiceras i Beteendeterapeuten vilket sker härmed.**

Hayes diskuterar på ett informellt sätt utvecklingen av och tankarna bakom ACT, RFT och kontextuell beteendevetenskap samt hur ACT och RFT relaterar till annan

psykologisk vetenskap så som kognitiv vetenskap. Hayes bemöter även i intervjun vissa frågor som väckts i olika publikationer på sistone kring vad som är nytt eller inte med tredje vågens beteendeterapi samt frågor kring evidens och meta-analyser. Hayes presenterar vidare mycket intressanta tankar kring transdiagnostiska perspektiv och DSM-IV-baserad diagnostik samt metodutveckling inom bl.a. klinisk verksamhet.

*(Sokraten) It is a great honour to have the opportunity to do yet another interview with you Professor Hayes. Some years have passed since Sokraten first did an interview with you and it would therefore be interesting to hear something about the most recent developments in Acceptance and Commitment Therapy (ACT), including new RCT:s. Furthermore, how does ACT (and Relational Frame Theory (RFT)) relate to more experimental and scientific areas of psychology, like cognitive neuroscience, neuropsychology and emotion science, and how does RFT relate to modern learning theory?*



- (Steven C. Hayes) – First, I would like to thank Sokraten for their interest in the work and I welcome this opportunity to continue the dialogue with psychologists and others throughout Sweden. I've said before that I consider some of the work going on in Sweden as among the most important work in the behavioral and cognitive therapies, and so it is a pleasure to be supportive of it.

The first two questions that you are asking focus on the relationship of ACT and Relational Frame Theory to various areas of psychology, including modern learning theory, cognitive neuroscience, neuropsychology and emotion science. I will answer those questions, but first I need to put my answer into context.



As an empirically supported behavioral and cognitive therapy, ACT is not in and of itself a part of basic psychology, but ACT is part of a larger effort which we call contextual behavioral science which does indeed include a basic science aspect. What we mean by contextual behavioral science is a modernization of the strategy originally underlying behavior analysis. It links together a number of assumptions and strategic decisions about how to best go about attempting to build a comprehensive psychology that accomplishes what we might want of an integrated approach within the discipline.

**ACT is part of a larger effort which we call contextual behavioral science**

In the empirical clinical psychology wing I don't think we have been sufficiently careful about our strategic assumptions. Often we seem to have assumed that we can build a progressive discipline merely on careful specification of syndromal entities and careful manualization of techniques. That is very unlikely, in my view.

There are problems on both sides of that equation. Anybody who thinks that syndromes are an adequate basis for the construction of a comprehensive psychology should by all means read the report (Kupfer, First, & Regier, 2002) of the American Psychiatric Association planning committee for the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V). It could hardly be more clear or more damning of the comfortable but deluded mainstream view that seems to exist in empirical clinical psychology that we are successfully building a progressive science on the sand of formalistic syndromal entities. That report points out that etiologies have "remained elusive" with "not one" specific laboratory marker for any of the DSM syndromes (p. xviii). Comorbidities among disorders is the rule, there is diagnostic instability for many disorders, and most damning given the whole practical purpose of diagnosis "with regard to treatment, lack of specificity is the rule rather than the exception" (p. xviii). They note that "Many, if not most, conditions and symptoms represent a somewhat arbitrarily defined pathological excess of normal behaviors and cognitive processes" (p. 2), and that "slavish adoption of DSM-IV definitions" (p. xix) (those are their harsh words) may have hindered research and seem "more likely to obscure than to elucidate research findings"

(p. xix). The conclusion is a bit of a shocker when you consider the source: "All these limitations in the current diagnostic paradigm suggest that research exclusively focused on refining the DSM-defined syndromes may never be successful in uncovering their underlying etiologies. For that to happen, an as yet unknown paradigm shift may need to occur." (p. xix)

You have the same kind of problem with constructing a progressive science by focusing on manuals and adherence to them. They proliferate, with no way to simplify and synthesize what they mean. Irrelevant differences are raised up into matters of critical importance that justify yet another name, training effort, and clinical guru. The problem with a technique focused approach is that it does not tell us how to organize clinical issues into units of actual known importance, and how to target these in ways that fit with known processes of change, inside an overall account. We are left with a growing mountain of empirically validated manuals, impossible to learn and impossible to teach as a whole. There is nothing in our current approach that guarantees a link between what we learn by this kind of science and any model, theory, principle, or basic science information.

Syndromal diagnosis and a technical focus on intervention will not disappear anytime soon. Despite the key failures they contain, it does produce some benefits. But we clearly need another way forward.

The contextual behavioral science approach is our answer within the ACT / RFT community. You can get a sense of how we view its relative importance, as compared to ACT or RFT, by the fact that our main society (the Association for Contextual Behavioral Science, ACBS, [www.contextualpsychology.org](http://www.contextualpsychology.org), is not named for ACT or RFT but for this strategic approach.

The contextual behavioral science approach is a very slow and steady bottom up approach. We begin by explicating what our philosophical assumptions are – a step that is often skipped in empirical clinical psychology to our detriment. We have done more in the ACT and RFT universe in describing and owning our assumptions that almost any empirical clinical approach that I can think of. ACT and RFT are based upon functional contextualism which is a wing of pragmatism. It is a reformulation essentially of Skinner's radical behaviorism in terms that are designed to be easier to understand and better defended. We define our analytic domain, units of analysis, view on epistemology and ontology, and truth criterion. Most importantly we state

our goals and values, so that a pragmatic truth criterion can function: prediction and influence with precision, scope, and depth of the actions of whole organisms interacting in and with a context, considered historically and situationally. The neat thing about that is that if you don't want that kind of science, you can walk away early. We've planted our flag in the sand and you can evaluate the program that results in terms of its stated goals.

Another element of a contextual behavioral science approach is to develop a basic account with manipulable

**We have done more in the ACT and RFT universe in describing and owning our assumptions than almost any empirical clinical approach that I can think of.**

contextual principles that are organized into theories that inform treatment and vice versa. We are interested in the development of behavioral principles, which are high precision / high scope ways of speaking about situated actions that include manipulable contextual features so they directly link to possible actions clinicians can take instead of remaining entirely in the domain of dependent variables (e.g., thoughts, feelings, overt actions) as is common with the principles in our field outside of the behavioral tradition. These principles are scaled up to functional analyses, and from there into sets of functional analyses within specific domains. The latter is what we mean by theory – we call it “analytic/abstractive” theory as opposed to hypothetico-deductive theory. This is the kind of theory that RFT is: a collection of functional analyses within a domain.

In a contextual behavioral science approach we try to develop models of psychopathology, health, and intervention that are tied to these basic principles and theories. ACT has been more careful I think than most in linking its ideas to basic principles. But in part because we are pragmatists, we are willing to have multiple language conventions for multiple purposes and one of the neat things we have done that I think is important is that we have found a way to talk at a theoretical level that is useful to clinicians and that yet is based upon fundamental principles.

The metaphor that we like to use (pone of the leaders

of ACT in Japan, Takashi Muto, originally suggested it) is the metaphor of an operating system. If you use the Mac operating system or Windows you do not need to know the programming language it was created in. It may help you to know that but you do not need to know that in order to use programs. In a similar way you can do ACT without understanding RFT because the ACT model is deliberately more accessible than the basic theory that underlies it. I do think in the long run it is very helpful to understand RFT, behavioral principles more generally, but you can start with the ACT model and go pretty far. We summarize that model lately in the shape of a hexagon with six clinical concepts: acceptance, defusion, the now, a noticing self, values and committed action, and all of these revolving around psychological flexibility. These terms are not behavioral principles – we call them by the deliberately humble name of “middle-level terms.” They are easy to understand and use, but each are then linked back to basic principles and theory, and all of that is within the philosophical assumptions we started with.

We then link our techniques, measures, and components to these clinical processes. So, right as we sit here right now there are about thirty-eight studies we can point to on ACT components. We are actively testing these techniques and components rather than just letting them sit inside packages unanalyzed. And we measure these same processes when we test mediation and moderation. I will describe more of what we have done in that area later.

In a contextual behavioral science approach we look for early testing, not just of efficacy but also of effectiveness, dissemination, and training. We right now have three effectiveness trials, and three or four studies on dissemination and training. That is important because the inductive game is one of building scope from the bottom up and if you cannot disseminate, train, or show impact in actual clinical environments, you have failed that test.

The other way you test scope is to apply the model across a very broad range of areas and levels of analyses – provided only that these areas are said by the theory to be ones that should be sensitive to the model. In each case we focus on the theoretical processes of change so we are testing scope not just in terms of broad impact, but also in terms of the precision of the model. It is easy to get scope without precision – but it is the combination that makes a difference. So right now we have control-



led studies on ACT in areas other applied approaches have never tried – not just in the clinical domain – as well as most of the usual clinical domains. And the same processes are tested as mediators and moderators. That’s pretty cool. If you can take the same model and create a program for smoking, or pain, or helping clinicians to learn new methods, or psychosis, or epilepsy, or racial prejudice and so on, and when you test the mediator and moderators these same processes work consistently, well it means you are on to something that goes beyond the normal syndromal tests of technical manuals.

Now, if I can finally come back to your question. ACT and RFT relate to modern learning theory, cognitive neuroscience, neuropsychology and emotion science in

trying to create inside basic behavior analysis a modern strategic approach that can scales behavioral principles up to these levels. “Modern learning theory” is sometimes used as a term for recent developments in animal models of learning. What I see in some areas of modern learning theory are movements very much in the direction we think are important, such as the emphasis on flexibility of responding during extinction from people like Bouton. If you define modern learning theory more broadly, RFT and basic behavior analysis together comprise an approach we might describe as a kind of modern learning theory. We think we finally have a powerful experimental behavioral approach to language and cognition with the concept of relational operants or relational frames. The basic science in RFT is moving along pretty well. It was started in clinical labs, but it now lives in basic labs, and we clinicians can reap the results since it is relevant to our concerns by design.

As for cognitive neuroscience and neuropsychology, there are several neurobiological studies of RFT that are published. We can do a pretty good job in the laboratory of modeling such phenomena as metaphorical reasoning using RFT preparations and show in imaging studies that the analysis is working. You can show in lateralization studies that high experiential avoiders in the lab engaged in verbally mediated avoidance strategies, and so on.

**I am distressed to see that many in our field seem to think that images of the brain are going to tell us how psychology works. That is unlikely. I think it rather goes the other way around.**

In your question you are probably thinking more like what has this exactly have to do with hard cognitive science? It is very difficult to make some of these comparisons because hard cognitive science is based on theories and units of analysis that come from assumptions that are pretty different than the ones we are working within. Of course the brain is the brain, and the data that emerge from neurobiological studies are what they are and they need to be accounted for. But

many of these preparations are really almost common sense preparations or they are based upon procedures that have importance only inside a specific theory. I am distressed to see that many in our field seem to think that images of the brain are going to tell us how psychology works. That is unlikely. I think it rather goes the other

way around. The importance of looking at how the brain works for a psychological scientist is a matter of understanding the connection across levels of analysis. Any good theory at the psychological level has to fit with good quality evidence at the biological level (or look at another way, with the evidence at the sociological or anthropological level). That is what we mean by the concept of “depth” that is included in the analytic goal of conceptual behavioral science: analyses should be coherent across levels of analysis. But you cannot skip from one level of analysis to another without leaving a hole in the fabric of science. Skinner’s objections to theories that do that I think actually do apply. The brain will not tell you directly how to have a good psychology because you will not find context, history, or situations in the brain – you find neurobiological behavior there – and by definition within a contextual behavioral science approach psychology needs to deal with the actions of whole organisms considered in terms of context, history, and situations. Knowledge about the material causality of the brain is not a substitute for that.



*Intervjun med Steven C Hayes fortsätter på sidan 12.*

# Konferens om rehabilitering av tortyröverlevande

Text: Liv Larsson

I början av december förra året hölls en internationell konferens i Köpenhamn om rehabilitering av människor som utsatts för tortyr. Konferensen arrangerades av RCT (Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims), en organisation i Danmark som sedan början av 1980-talet har arbetat med torterade. Under tre dagar hölls många föreläsningar med skiftande teman kring tortyrrehabilitering. Här återges ett kort axplock.

Konferensen inleddes av Allen S Keller (docent i medicin, New York University School of Medicine). Han berättade att tortyr förekommer i mer än 90 länder i världen. Ofta kallas tortyr inte för dess rätta namn utan uttrycks istället som "terroristbekämpning" eller liknande. Uppskattningsvis har 5-35% av alla politiska flyktingar upplevt tortyr. Keller problematiserade kring den definition av tortyr som finns i FN:s konvention mot tortyr, där en handling ska klassas som tortyr om den medför "svår smärta och lidande", och menade att detta ibland gett upphov till spekulationer om huruvida en individ verkligen har utsatts för tortyr eller inte med hänvisning till intensiteten i smärtan och lidandet. Keller menade att detta är en onödig diskussion och menade att "om det ser ut och luktar som tortyr – då är det tortyr". Keller menade även att den uppdelning av tortyrmetoder som sker, i fysisk tortyr (t ex slag) och psykisk tortyr (t ex verbal misshandel) är svår att göra eftersom båda tortyrformerna ofta innehåller aspekter från båda formerna. Den fysiska tortyren innehåller alltid även psykologiska aspekter medan det omvända kan gälla för psykisk tortyr, t ex skenavrättningar där

*om det ser ut och luktar som tortyr – då är det tortyr*

även en fysisk komponent förekommer. Keller menade också att det är viktigt i omhändertagandet och rehabiliteringen av torterade att hänsyn tas till hälsoaspekter

utifrån tre dimensioner; de fysiska dimensionerna såsom märken på kroppen, brutna ben och muskelsmärta; psykiska dimensioner såsom depression, ångest, post-traumatiskt stressyndom och kognitiva nedsättningar samt sociala dimensioner såsom isolering, förlust av familj/vänner/nätverk.

Marianne Kastrup (psykiater, med.dr. fil.dr) höll en workshop om kontroverser inom området bedömning. Kastrup problematiserade kring psykiatriska diagnoser och trauma. Hon gav en kort historisk tillbakablick om hur man i början av 1900-talet inte såg traumatiska livshändelser som utlösare av mental ohälsa utan som ett resultat av premorbid sårbarhet. Ett antagande som i samband med effekterna av trauman efter första världskriget förkastades med insikten om att människan inte tål obegränsade belastningar utan mentala konsekvenser. I DSM-III skapades således den nya diagnosen post-traumatiskt stressyndom (ptsd) som senare kom att användas flitigt för individer med tortyrupplevelser. Det finns dock flera invändningar mot hur väl diagnosen stämmer överens med de omfattande konsekvenser som tortyr ofta innebär. Enligt kriterierna för ptsd i DSM-IV handlar om det om ett enstaka trauma, vilket ofta inte är fallet vid tortyr, där det rör sig om upprepade trauman. Diagnosen inkluderar inte heller vanligt förekommande symtom hos torterade så som svaghet, extrem trötthet och maktlöshet. Vidare kritiserar diagnosen för att vara en diagnos anpassad till västerländska samhällen utan hänsyn till socio-politiska sammanhang. Kastrup undrar om diagnosen Desnos (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) bättre beskriver torterades symtom än ptsd?

Amanda Williams (psykolog, fil.dr.) höll en föreläsning om evidens för smärtehabilitering.

Hon berättade att kronisk smärta ofta behandlas med psykologiskt baserad rehabilitering i syfte att förbättra livskvaliteten. Enligt definitionen kan långvarig smärta inte lösas med hjälp av fysiska och farmakologiska behandlingar. Detta beror till stor del på att problemet

med långvarig smärta - förlust av sociala och meningsfulla aktiviteter, påtaglig oro, isolering och frustration - är resultatet av, inte bara smärta, utan också kommer från rädslor och okunskap om smärtan, och från hanteringen av smärtan på ett sätt som är anpassad till den akuta smärtan. Williams menade att dessa kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga konsekvenser av långvariga smärtproblem måste angripas direkt i behandlingen.

***Kastrup undrar om diagnosen Desnos (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) bättre beskriver torterades symtom än ptsd?***

Williams berättade vidare att den behandling som innefattar psykologiskt baserade metoder ofta antar formen av ett smärthanteringsprogram, med psykologer och psykoterapeuter i aktiva behandlarroller och läkare och andra vårdgivare i viktiga utbildande roller. Sådana program har nu funnits i ca 40 år och resulterat i olika metoder, som endast delvis återges i randomiserade kon-

trollerade studier och meta-analyser. Enligt Williams visar studierna överlag överensstämmande goda resultat för dessa program, med minskad funktionsnedsättning, minskad oro och även minskad smärta trots att det inte är det primära.

Ingen av behandlingsinslagen ensamt är utomordentligt effektivt, även om varje enskilt behandlingsinslag bidrar till bättre resultat. Behandlingar som primärt använder fysisk träning har något nedslående resultat, och modellen med avbetingning som en konsekvens av långvarig smärta genomgår omvärdering. Undervisning är ett svagt sätt att påverka beteende och kognitiv terapi har utvecklats från avslappning/stresshantering till att förändra katastrofföreställningar, problemlösning och acceptans där varje moment visar på styrkor. William framhöll att det mest effektiva är beteendexponering, men det kan vara svårt att engagera patienterna eller att applicera på aktiviteter och sociala roller.

Ett vanligt förekommande konstaterande vid den här sortens konferenser är önskemål om att mer forskning behövs för att fortsätta utveckla rehabiliteringen för torterade människor. För den forskningsintresserade torde detta således vara ett utmanade område att fördjupa sig i.

### Välkommen till BTF:s årskongress 2009

Årets stora KBT- händelse äger rum den 13-14 mars då det är dags för årsmöte för vår förening BTF, denna gång i Uppsala.

Det kommer bli två dagar fyllda med spännande föreläsningar och workshops med bla en av världens ledande forskare inom området KBT vid bipolaritet, professor David J Miklowitz. Andra intressanta ämnen kommer vara beteendeanalytisk organisationsanalys, olika områden inom beteendemedicin, exponering, KBT vid ADHD, stress och beteendeanalys samt mycket mer. Naturligtvis är mycket av behållningen att träffa andra kloka, duktiga KBT- behandlare och självklart festmiddagen på fredagkvällen.

Programmet i sin helhet finns på BTF:s hemsida, där man också kan anmäla sig.

/Årskongressgruppen 2009

**OBS!**  
**MANUSSTOPP**  
För nästa nr är  
**10:e april**  
maila till  
**L\_DANIELA@HOTMAIL.COM**  
**OBS!**

## ... fortsättning på intervju med Steven Hayes

Emotion science is a little difficult because it is often based on so many ideas that are, to my mind, not sufficiently elaborated. I am always shocked at that fact that there is no really good working definition that is universally agreed to of what an emotion even is. I do see important advances in the emotion science and I'm excited by the basic sensibilities of people like James Gross. With enough translation the fields connect and some of the things that are being found fit with an ACT and RFT conception. The work on emotional regulation, for example, keeps emphasizing the importance of acceptance. But I have to admit that I am cautious about that area in the same way that I am cautious about traditional cognitive science, because the units of analysis that are being examined are sometimes unclear. I do not take concepts like "thoughts" or "emotions" to be a technical terms. So, we will have to get down to specific more data to see what it means. But I can say this, that there is nothing in basic psychology that I am

**What we are pointing to is that the central operating assumption of the second generation of CBT is being abandoned in a large wing of CBT.**

aware of that does not fit with what we are learning in the particular wing that I am part of: contextual behavioral science. If there was, we'd need to change our view. In some areas, such as the fMRI work on the importance of relational learning to executive function in hard cognitive science, or the importance of context and action to the functions of emotions, and so on, I see movement that is very much in the direction that we have been pursuing over the last twenty or thirty years. ***There is a debate about the third wave of behavioural therapies. Stefan Hofmann and Gordon Asmundson, for example, (in their article "Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?" (2008)) say that they are not convinced that ACT or other acceptance-based treatments are part of a third wave of psychotherapy, replacing CBT, and that there is no data to suggest that it represents an entirely new treatment approach. What are your views on these statements?***



- I would welcome the quote that would suggest that we ever said that ACT or any of the third generation forms of CBT are entirely new treatment approaches or that they should replace anything that is empirically supported. I don't think there is such a quote and without it the issue of what is "entirely new" is a straw man and one that distracts attention from the real issues.

Let me note that just as we've regularly invited Lars-Göran Öst to our conferences, we consider Stefan a friend and we've given him a platform at our conferences to criticize our work. But as best I can understand Stefan and Gordon's objections, they are really more political than scientific, and most of the substantive issues are more philosophical than empirical. They are concerned about this third wave or third generation idea, but it seems to be more because it feels pejorative. It isn't. Let me just remind people of what it is that the claim is being made. I think the first place that it was

talked about was in my presidential address to ABCT (which was published in 2004 in Behavior Therapy). In there I think I made it pretty clear that this was not meant to

overthrow or get rid of the CBT tradition or any part of it. What we are pointing to is that the central operating assumption of the second generation of CBT is being abandoned in a large wing of CBT. That idea, as Beck presented it, was to use a cognitive model to identify and modify dysfunctional beliefs as the core purpose of CBT. It is being replaced by the assumption that we needed to change the relationship between the person and their thoughts, feelings, memories, and bodily sensations. I think that it is becoming increasingly clear that this is a powerful way to go, and it has become increasingly clear that more and more procedures are based on that new assumption. When I say "new" here I mean "new as a central assumption in CBT."

In Stefan's latest article, my friend drags out Morita Therapy and claims similarities to ACT in order to undermine the idea that ACT is new, and thus the third generation is not new. That does not make sense. For one thing it is inconsistent. If ACT is really traditional

CBT (Stefan's old hat article), and if it is really some dusty old dog of non-empirical therapy from 80 years ago called Morita (his new one), doesn't that make traditional CBT the same as Morita? But for another thing, "new" did not mean "new on the planet." It meant "new as a central assumption in CBT."

This is not a matter of politics. You cannot have a vote and know whether or not this is so. It is really more an intellectual matter. I think for example things like meta-cognitive therapy or Dave Barlow's unified protocol contains a notable shift in the underlying operating assumption, very much as you can detect in MBCT, DBT, or ACT, though I would imagine that Dave or Adrian Wells would not really want to be associated with my term for these changes.

As an empirical matter the idea (also in Stefan's article) that traditional CBT and ACT really are the same thing flies in the face of the data. ACT has been compared to traditional CBT models now nine times in the literature. The studies vary on whether or not the outcomes are better. In a couple they are not as good and in most of them they are better. The overall effect size is probably in the small to medium range at this point and we await larger and higher quality studies to see where that ends up. But every single study has shown a different process of change and in several of these studies they have shown different mediators of change. We have recently gone back and looked at Zettle and Rains (1989) study comparing cognitive therapy, cognitive therapy without distancing, and ACT in the treatment of depression. It had that weird treatment of cognitive therapy without distancing because the idea was if ACT was nothing more than an extreme form of distancing as it is in cognitive therapy, and if distancing is the key process, perhaps ACT would do better, then CT, and then the hobbled form of CT last. In fact, the order of effects were CT was the poorest, then CT without distancing, and then ACT, showing that ACT is not just doing an extreme form of what is already in CT. The overall analysis was not significant in some areas because of the interference of that weird hobble group. There was no analysis of CT as it is usually done as compared to ACT directly. We have gone back now and reanalyzed those two conditions and have done a medi-

ational analysis. Not only is there a significant difference on outcome in that original study when you compare the two critical treatments as opposed to including that odd hobbled form of CT, which reduced the power for the key comparison, but the mediator that works is the ACT mediator: changes in defusion at post predict changes in depression at follow up. The CT mediator of changes in despressogenic thoughts seemingly works but when you look more carefully it is not a mediator, it is a suppressor, meaning that the more these cognitive variables changed in that particular study, the poorer the outcomes later on. I don't know how you fit data like that with the flippant claim that ACT is just traditional CBT in a technical sense. That is just one example of a whole set of studies. And the people who are claiming similarity have to give us an empirical way to look at this and they have to explain the data we have – which is more than a couple of studies now.

We have been interested in this for a long time and whenever we have looked at this they have been shown to be different. This is not a matter of schools and labels, it is a matter of understanding the principles and processes through which change occurs so that we can create progress. It is very unhelpful to on political grounds to homogenize these things a priori because it keeps us from seeing if there is any substance to different models and different processes.

**One thing that disturbs me is that so few ACT critics have ever been to an intensive ACT training.**

Now there could be two different pathways around the same mountain. The overall outcomes could be the same but with different moderators or mediators. Or we could in fact have two approaches that are not different. But it's an empirical question and so far the answer is very consistent at the level of processes of change.

We have responded in some detail to Stefan's article as well to some others that are coming such as a target article in *Clinical Psychology* by Michelle Craske and one of her students. We have tried not to argue politically but to sit to the evidence for the similarities and differences between these approaches.

One thing that disturbs me is that so few ACT critics have ever been to an intensive ACT training. It can be



difficult to go from thirty-eight thousand feet to an understanding of these models given that they come from very different philosophical and theoretical traditions and the literature behind them is relatively voluminous. So is it too much to ask that critics come to be trained?

Another thing that disturbs me is that ACT positions are stated without quotes and then argued against. Is it too much to ask that quotes be carefully given, and given in context?

For example, in the Hofmann and Asmundsen article, they claim that the rationale of ACT is based on a critique of conventional CBT. But, actually in the very first explication of an ACT model, which was in the 1987 chapter in Neil Jacobson's book on psychotherapists in clinical practice, I wrote that cognitive analyses have long tradition and they are probably important and useful but that it might also be useful for behavior therapists to look to see what behaviorism could contribute to psychotherapy and examine a different approach to the challenge of cognition (Hayes, 1987, p. 327). So, the rationale of ACT has always been affirmative. It has not been negative. We are not trying to tear down anything.

**So, the rationale of ACT has always been affirmative. It has not been negative. We are not trying to tear down anything.**

We spent a long time developing the ACT model and in part of that process we looked at traditional cognitive models. We had a whole series of studies that came from my lab in the mid eighties and none of them supported the underlying cognitive model that was then applicable to CBT at the time. So, it is not that we have been trying to harm a traditional model. We simply did not believe that it provided the right solution to what we thought was the right problem: Understanding how cognition impacts human functioning. It is the right problem, but in our view the abandonment of basic behavioral principles in favor of what after all is a clinically derived theory of cognition, to us meant walking away from the core of the behavior therapy tradition, which was to be interested not just in clinical outcome and in careful tests of manuals and so forth, but also to be interested in manipulable, experimental processes that are demonstrated in the laboratory.

Some of the other claims that Stefan and Gordon

have made, to me, are regressive. For example, when we walk through the evidence that component analyses do not seem to support traditional cognitive elements of CBT. Our basic claim has since been confirmed by others such as Longmore and Worrell (2007) – the data are what they are. Stefan and Gordon's response is to challenge the idea that component analyses reflect at all on theories. But holding to that means we abandon the idea that theories should be able to predict experimental manipulations. That is a terribly regressive step, just to save the hide of a pet theory, because it now opens the door to a whole range of theories that can't predict or influence anything, but can postdict everything. They say in their paper "a component analysis can neither support nor refuse the cognitive model because cognitions can change without explicit targeting, but without explicitly targeting them." Now, this is literally true of course, but it is beside the point. It is the responsibility of theories to predict. They need to have risky tests. And practically speaking when traditional CBT overthrew BT as the mainstream, the leaders of that change promised clinicians and the public that it would make behavioral methods more effective, not just that it would

provide another interpretation of behavioral methods.

In much the same way Stefan and Gordon defend the absence of consistent

and powerful mediational effects, on the grounds that "It is too early to make any firm conclusions, since very few studies have examined treatment mediation in CBT". This is unacceptable. Steve Hollon and colleagues in 1987 argued in a well worked out article in the *Psychological Bulletin*, hardly a minor journal, that the data that were then existent were leading some to reject any mediational role for cognition and they called for formal tests of causal mediational models. So here we have a shout for mediational studies from a major leader, and 20 years later another leader is defending the lack of studies because it is too early to say and very few studies have looked at it. That is just a failure to take responsibility for one's own empirical situation. Theoretical positions have a social and scientific responsibility to show that they are progressive, and the demonstration has to be with data, not rhetoric. If 20 years is not enough time, how much is? Another 20? I think the young look at this and they start to vote with their feet.



It is too hard for the old to change. That is how the sociology of science works.

The other thing I see that is disturbing is a willingness to change key concepts in CBT simply in order to maintain the “similarity” argument. That is dangerous and unhelpful scientifically speaking. We need to learn about principles and processes. When we change what they mean without good reason, just so they cannot fail, we muddy the waters for all.

Look at the Arch and Craske article that just came out in *Clinical Psychology*. A claim is that maybe acceptance is not that different than cognitive restructuring. OK. Nice claim. Let’s look.

They don’t give data. They argue that after all there is evidence cognitive reappraisal works and it is similar to cognitive restructuring and thus even disputation might work. They argue that maybe cognitive restructuring works because it is really a kind of exposure. But then they argue that we are just learning that exposure works not because it reduces negative emotions but because it increases your tolerance for negative emotions. Thus, cognitive restructuring is really the same as acceptance. If you do not believe me, read their article.

If I slow down arguments like that, what we are seeing is very traditional CBT perspectives are changing right in front of us. So, cognitive restructuring becomes like flexibility of reappraisal, which is not quite the same thing. Then exposure is used not as a technical term but just to mean “contact with something” (which makes exposure meaningless). Then they change fundamentally the long understood traditional CBT account of the process underlying exposure and, voila, ACT and traditional CBT are the same.

In my response to that article I quote from the 1987 chapter that I mentioned earlier. In there I say that ACT is an exposure based technology but that the purpose is not to reduce negative emotions, anxiety and so forth but to increase your willingness to experience those things while still behaving in that situation. I am excited that Michelle Craske could cite an article that she wrote last year and one that is in press, saying similar things, but to then use that as evidence that ACT and traditional CBT is the same thing distorts the record and turns this discussion more into a matter of tribal politics than

into a careful attempt to identify the processes of change that are most important for people who are suffering.

It is not a matter of who said what first. It is a matter of clarity about what we are even saying.

*In a meta-analysis review of the third wave of behavioural therapies (“Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis” (2008)), Lars-Göran Öst questions the empirical support of the third wave of behavioural therapies, including ACT. What are your comments on this review/meta-analysis?*



- As you may know and I have discussed this in a previous interview with Sokraten we have always been interested in Lars-Göran’s views and to this day when a new randomized controlled trial on ACT appears I send it to him. We have asked him to come and speak with us about the strengths and weaknesses of the ACT work several times at various ACT conventions, as he notes in the footnotes in that very article. But, there are a couple of things here that are important.

**ACT is an exposure based technology but the purpose is not to reduce negative emotions, anxiety and so forth but to increase your willingness to experience those things while still behaving in that situation.**

Lars-Göran’s view of a scientific development in empirical clinical psychology appears to be one that is very much linked to randomized controlled trials linked to manuals linked to syndromes. He is an acknowledged expert in these methodologies. But we do need to acknowledge that the criteria being applied occur in a context. To be direct about it, we are playing a different game. It overlaps to a degree, so we learn from reviews like the one you mention.

The criteria being applied are logical and well worked out, and they clearly link to an important wing of applied science, but considered as part of a larger scientific strategy this approach ignores the importance of philosophy, principles, theory, mediation, components, and of ways of identifying key problems. It leaves out of consideration analogue studies, basic studies, and also mediational studies and it focuses all attention on traditional randomized controlled trials and traditional

dismantling studies done within traditional syndromes. I do not think that there is enough money on the planet to do the kind of science Lars-Göran is talking about and to create a rapidly progressing applied science. There is an important role for randomized trials, and ACT researchers have been in stepping up to that challenge, but we are working with rather small studies where we are trying to test our model from the bottom-up and look at its scope in the way that I described earlier in the answers to your first question.

The part of the review by Lars-Göran that talked about the relative superiority of ACT as compared to traditional CBT research was, in my view, not helpful. If all Lars-Göran had done was talk about the effect sizes (which as he notes are about what we had found in our review in the 2006 published in *Behavior Research and Therapy*) and had gone on to talk about possible methodological weaknesses, that article would have been more sound. But the way he compared traditional CBT research to ACT just shows how different these traditions are.

The criteria for methodological excellence that was applied was drawn from a scale used in anxiety research. Applied across the board, it makes little sense because it fails to consider how best to create progressive research programs. For example, picking treatment as usual (TAU) as a comparison was scored as a weakness. That might make sense when you are dealing with well examined areas and technologies that are known to work, it does not make sense when dealing with such issues that have had minimal research such as epilepsy or when looking at the earliest phases of research. In addition to that, when ACT and CBT studies were compared, a number of errors were made and factors were ignored. I am sorry to have to use such words applied to my colleagues work, but I think they are fair. There were thirteen ACT studies in that meta-analysis linked to thirteen CBT studies. The problem areas covered by the ACT studies went across a very wide range. I've explained earlier why we are doing that. So in the ACT group there were two studies on chronic medical conditions, two on psychosis, one on pain, two on addictions, one on personality disorder, and the remaining five on depression or anxiety. Everyone of the comparison stu-

dies in the CBT group were in anxiety and depression. 100%. So when you remember where the criteria came from – anxiety studies – you start to see the problem.

In addition, although Lars-Göran said that the funding was the same between the two, in fact that is not the case. There were a couple of errors made in which studies were grant funded and when you look at the whole dataset you can see the difference. Brandon Gaudiano has a reply article under review that showed that 80% ( $n = 24$ ) of CBT studies considered in that paper (including the 13 more that were matched to DBT) were grant funded, compared with only 38% ( $n = 5$ ) of studies in the ACT sample, which is a significant difference (Fisher's exact test,  $p = .013$ ). In the full sample there was a moderately strong, positive correlation between grant funding and methodological quality as assessed by the total score in the ACT and CBT studies ( $r = .52$ ,  $p = .001$ ). This is as one might expect. Secondly, there was no consideration of the amount of support. In the ACT condition only one grant was above \$150,000 and some were tiny (\$4,000). All totaled the CBT studies had four times more funding and they were basically all large to medium sized, above all but one of the ACT grants.

Finally, many of the matched studies had no match from the same journal so another was used for the CBT sample. But in every single case the citation impact of the journal was higher in the CBT study selected. That difference is close to being statistically significant (a Wilcoxon on citation impact of the two journal sets is at  $p = .064$ ).

**The criteria for methodological excellence that was applied was drawn from a scale used in anxiety research.**

So what are we comparing here? Is it news that small unfunded studies in relatively understudied areas published in lower level journals have less methodological bells and whistles in traditional terms than big funded studies in higher level journals in the two most researched areas in all of CBT, anxiety and depression?

If I just stopped now this would look like wining and defensiveness. But in fact I would argue that the methodological strengths of this ACT group of studies is actually higher in ways that will be of more importance in the long run, in my opinion, than the studies in the CBT group. For example, of the traditional CBT studies

that were matched to the ACT studies there were no studies that had published a mediational analysis related to their effects. There was one in which the author claimed that it had been done. I say claimed because it is not written up and the data were collected

several years ago, so we will see what it looks like if and when it comes out. Conversely, 70% of the ACT studies had either already published successful mediational analyses or had those analyses in hand and they were either being written up or they were currently under review and we were given access to them. We are now doing a meta-analysis of mediational analyses in the ACT literature, something that to my knowledge has never been done before because no one has had such a consistent and coherent set of mediational analyses. So far, just under 50% of the follow up outcomes in ACT studies are due to the impact of changes in ACT processes. When you consider that these mediators all come from a single, simple model, and the areas spanned are very broad, it is a notable strength. So I cannot agree with Lars-Göran that the ACT research studies are weaker. They are in some areas, especially those related to large, funded studies in mature areas, but they are stronger in other areas that I would argue are even more important.

Mostly I think what this shows is that these are different research traditions. Lars-Göran is taking a particular approach to science. I hope that it succeeds but I would question whether it is likely. I know of no mature science in other areas that has been able to produce long term progress without adequate theories linked to basic science foundations, and there is nothing in the criteria that are listed in Lars-Göran's meta-analysis that shows any interest in that. The ACT literature clearly shows that interest.

***What are your thoughts on meta-analyses in general, possible pros and cons?***



- I think meta-analyses can be a very strong tool but there is a lot of behind the scenes decisions that are made about the criteria that are applied and the data that are thought to be relevant, and the reader almost cannot ferret these out. For example, Paul Emmelkamp and Mark Powers have conducted a meta-analysis

**So I cannot agree with Lars-Göran that the ACT research studies are weaker. They are in some areas, especially those related to large, funded studies in mature areas, but they are stronger in other areas that I would argue are even more important.**

on ACT and they reach an effect size estimate that is about again the like the ones that we have been publishing. It is a fairly friendly review, but it says repeatedly that ACT is not any better than other active treatments. When we look very carefully at it there are a couple of problems. One is that active treatments which are manualised and carefully implemented as comparison conditions (e.g., pharmacotherapy) are called treatment as usual if the treatment is commonly used. These are then mixed in with treatments that are allowed to vary with the decisions of practitioners. These are radically different meanings of "treatment as usual" and some of the best ACT studies are now suddenly not compared to an active treatment but only to "treatment as usual." And the other is that outcome measures are selected that do not make any sense given what it is we are trying to do. The most powerful example are the pain studied in which Emmelkamp and his colleagues entered changes in pain intensity as the key outcome despite the fact that the entire rationale of an ACT approach to pain is to abandon a focus on pain per se, and to focus on functioning. So large effects sizes in functioning -- even if the authors say that is the main outcome focus of the study -- are put aside and replaced by minimal or even negative effect sizes in areas like pain intensity. This is another example of syndromal thinking gone awry. Then the conclusion is that "ACT works but not any better than any active treatment." A reader would have no way on earth to dig out the fact that this conclusion is based on very controversial decisions that do not seem logical or fair to an ACT approach.

So readers almost have no way to know how to respond to meta-analyses. The key decisions, even if the person is trying very hard to be clear about it, tend to get buried. Perhaps as an indication we have for the last few months been going back and forth with Paul and Mark trying to get the exact measures used in their analysis. Even they are having a hard time telling us

exactly although they are trying. To this moment we still cannot say what precisely was done in the analysis and which measures were used. On the one hand it is just the nature of these large meta-analyses, but on the other it shows how far the results are from the data. The reader has nothing to look at but some overall estimate of effect sizes and confidence intervals without realizing that there are hundreds of decisions that fed into those specific values.

***The message from Hofmann & Asmundson and Öst seems to be that CBT is alive and kicking.***

***Would you agree?***



- Well, ACT is part of the CBT tradition read large so it is a weird comparison in a way. I mean ACT is a contextual cognitive behavioral approach. It is part of behavior analysis and behavior therapy, and it has a pretty extensive and worked out approach to cognition. I always thought that behavior therapy was part of CBT and behavior analysis was an important part of behavior therapy. Isn't it? Were we voted off the island when we weren't looking? So I absolutely do agree that that tradition is alive and well and kicking. And we are part of it.

Now if you are talking about traditional CBT, meaning that core operating assumption that you have to have to directly change cognitions in order to get long term outcomes that are favorable and you have to change them by using technologies that specifically dispute, challenge and test cognitions, well, no. I do not agree that that is alive and well. It is in some trouble and I think any fair review would say that. It's not dead but it is hardly a huge success story scientifically. The lion's share of the benefits of CBT come from technologies that were in behavior therapy, and the rest is not tightly linked to that second wave assumption. So the overall tradition is succeeding but some specific ideas have problems.

If people still want to pursue the core idea of the second wave, great, but if I were a young person deciding where to invest my career I would feel nervous about investing it there. By now many, many studies have been done, and they have reached a relatively consistent set of conclusions. So even if folks make progress there is a lot already done that has to be explained and accommodated. You can't just walk away from all those failed component studies

and say "whoops."

But the idea that ACT is trying to replace CBT writ large is a very odd one. I do not understand it. I have gone back and looked at my early writings and things that have been said and there is nothing in there like that. If you go back and read the articles and read them carefully, you will see that nobody is throwing smoke bombs at CBT. What we are going after are some components and some theoretical assumptions and we are also trying to look more carefully at the strategic assumptions involved in how you build a successful science. But if researchers cannot do that within the CBT tradition, well then what the heck is the CBT tradition about?

So, yes the tradition is alive and well, but for it to be alive and well it has to be constantly looking at its assumptions, its strategies, its components, its theories, its principles. And when it finds ones that are not working well, it needs to move on. That is exactly how it stays healthy.

***What are the possible implications of a more conservative view of CBT that seems to be advocated by Öst and Hofmann & Asmundson?***



- I do not understand the question. I do not think what is being advocated, at least in the Hofmann and Asmundsen piece, is particularly conservative. It appears to me to be actually regressive because there is a failure to be specific about what the word CBT means and to link it to basic science principles in a way that could test the adequacy of the components and the theory and processes. Plus there is a willingness to change the meaning of key terms and to abandon the utility of key scientific tests (e.g., tests of predictive success using component analyses) if the results are not favorable. What about that is conservative? What is being "conserved"? The label "CBT"? Is that what our tradition has been reduced to?

**The lion's share of the benefits of CBT come from technologies that were in behavior therapy, and the rest is not tightly linked to that second wave assumption.**

I do not think it is important to test the adequacy of a tribal tradition. ACT is part of the tribe, and I want the tribe to do well, but with my science hat on I do not think it is conservative, truly, to protect a tradition at the cost of its soul.

As the term applies to Lars-Göran's analysis, it is a

fair term. There what is being conserved is a particular view of science and scientific development. My problem with it is I do not think it is one that is especially likely to be progressive even though it is careful and it is thoughtful. It just does not give enough importance, I believe, to theory, processes, and to the basic science laboratory. In that sense it is actually not in accord with the early parts of the behavior therapy tradition, which was much more oriented towards principles, laboratory science, and analogue studies. I really am calling for something that in a way is even more conservative. I want us to go back to the old vision of well validated technologies linked to carefully described but functionally defined problems, linked to manipulable basic principles that emerge from the laboratory.

***Erica B. Moses and David H. Barlow, in their article "A unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science" (2006), talk about a unified psychological treatment of emotional disorders. The point they are making is that it would be more helpful to talk about the shared features of anxiety and mood disorders and then using a unified treatment approach rather than using specific treatments for specific anxiety or mood disorders/diagnoses. Can this transdiagnostic approach also be seen in the philosophy of RFT (and ACT)?***



- The answer to that is yes, and resoundingly so. It is remarkable that the unified model that David has come up with fits almost point to point with an ACT model. I am not saying it came from there, I am just saying that we are fellow travelers.

I am a student of Dave Barlow, as you know, and I have always viewed him as much more functional and contextualistic. He became very famous in traditional CBT but he originally was a behavior analyst. He was the editor of the Journal of Applied Behavior Analysis for goodness sakes. So it is not too surprising that a behavior analyst like myself would be happy with what another behavior analyst has been able to do in the area of mood and anxiety and that data that have moved him have brought him very much in our direction. We were there a long time ago. We did not go there because of Dave's work per se; we

are just fellow travelers, very much along the lines of a DBT, and MBCCT and others part of this movement. I think Dave is showing his behavior analytic roots in this call for a unified approach. What I said earlier about contextual behavioral science comes from that same analytic approach.

The ACT model is even more aggressively linked to a unified model in a sense, because why limit it to mood and anxiety disorders? ACT / RFT is a unified model on steroids. If we had a relatively adequate understanding of language and cognition we would want it to be able to be applied to any problem that involved those kinds of processes. Based on RFT, ACT says that experiential avoidance and cognitive fusion is likely in almost any area of human functioning that is problematic and that creating flexibility through acceptance, mindfulness and committed, valued-based action is going to help in most areas in which human problems are caused by these over-extended cognitive and behavioral processes.

So, the reason why the ACT literature is out there doing research in all of these areas is not that we are dilantants, running around helter-skelter throwing our little tools at every problem we see. The reason is that if the model is correct it should be able to help in all of these areas and testing it in this way is a way of assessing the scope of the analysis.

So, ACT is very much a transdiagnostic approach. It is not based on syndromes. I am quite willing to use syndromes if I have to in order to get things published or funded -- but frankly I do not believe that syndromal entities are functional entities. It is important that we find functional entities.

**I want us to go back to the old vision of well validated technologies linked to carefully described but functionally defined problems, linked to manipulable basic principles that emerge from the laboratory.**

We think in the ACT work that we have a collection of processes such as emotional avoidance or psychological inflexibility that are inside many of the human problems that we face. If we are able to make an impact across these broad range of problems with an operating system level clinical model that only has five or six key terms that you can teach clinicians about in a relatively quick time, that is a good thing, especially when each



of them has been shown to link to components that are effective and to link to processes of change that mediate. If we can do that, and see these mediational and component and package and outcome and effectiveness and efficacy research strategies all working together, we will have done something important for the field. We will have given other people a clear target and if they want to call it ACT or not, to us, does not matter. This is not about immortality and who is a hero and who is right and who is wrong.

It is about turning the behavioral sciences attention towards processes that are of critical importance

and that include manipulable variables as part of their definition so that we can develop technologies that work so as to enhance the functioning of human beings and to alleviate human suffering. I do not think ACT is there yet. I'm not declaring victory. I said "if." But I do think we are making progress.

There is nothing in the usual model of empirically supported clinical psychology that would say that we should or could end up with such a transdiagnostic model. But it is there in the contextual behavioral science tradition. We never really wanted to understand rats and pigeons in boxes, or odd relational performances in front of a computer. Those were not ends in themselves but efforts to develop basic principles that could be scaled to deal with any kind of human difficulty in the areas of prevention, treatment, and cultural change.

We are now doing very large studies on prevention – I just had a three million dollar grant awarded

in that area. We are beginning to do a series of studies on stigma and prejudice. We are looking at how to take these processes into the schools and in the communities.

We are trying to get back to a vision that Skinner had when he wrote the book *Walden Two*. That book is why I am in psychology, and you can giggle at it if you like, but I know there are people reading this who think it is important for us to develop a psychology that can speak to how human beings should relate to each other and

**„We are trying to get back to a vision that Skinner had when he wrote the book *Walden Two*.“**

how to create a world that is healthier, in our homes and in our schools and in our communities.

So, I think we need to think big in terms of our aspirations and think in a humble way and a small way in terms of our principles and technology. The science is humble but the goal is bold. It is bold because that is what human society needs from us. That is why we are worth the societal investment in training professionals in these approaches. And that is the standard that the ACT/RFT community is trying to step up to.

Thank you for the opportunity to speak to your questions, and I want to reiterate the great respect that I have for the work that is going on in Sweden and the appreciation I have not just for those who have been interested in our work and supportive of it but also for the serious critics that we have had who have helped us improve what we are doing.



## Silversponsorer till BTFs årskongress i Uppsala 2009



psykologpartners



# MINIPROFILEN



*Ett nytt inslag i Beteendeterapeuten är mini-profilen, där enskilda medlemmar i BTF intervjuas av redaktionen. Först ut är Kay Nyström.*

## Vilket yrke har du? Var arbetar du? Vad arbetar du med?

- Jag är socionom. Efter grundläggande psykoterapiutbildning med tillägg av missbruk och beroendeb-

handling som gick på Karolinska, startade jag Bollnäs KBT-mottagning vid sidan av mitt ordinarie arbete. Sedan ett år tillbaka arbetar helt på min mottagning där jag i huvudsak tar mig an missbruk, beroendeproblematik med den samsjuklighet som följer och deras anhöriga. Sedan hösten 2008 går jag den första legitimationsgrundande KBT-utbildningen på Psykoterapiinstitutet i Stockholm. Att mitt i livet få göra det jag vill är helt underbart!

## Varför är du medlem i BTF?

Det är ett måste för att följa med i utvecklingen inom KBT. Jag får i föreningens tidskrifter läsa om intressant forskning och på KBT-listan kan jag följa intressanta diskussioner och ta del av andra medlemmars tips och erfarenheter som de så generöst delar med sig av.

## Rekommendera en bra KBT-bok!

En bok som jag verkligen vill hålla fram och som ger anhöriga till missbrukare ett nytt sätt att förhålla sig är; Get your loved one sober - alternatives to nagging, pleading and threatening av Robert J. Meyers och Brenda L. Wolfe. En pärla som jag hoppas inom en snar framtid blir översatt till svenska.

Redaktionen

## Du har väl inte glömt att betala in medlemsavgiften för 2009

- 600 kr
- Plusgiro 85 09 83-8
- Inga förtryckta inbetalningskort skickas ut.
- Du (dvs ofta ditt företag/arbetsgivare) kan endast få en faktura skickad från BTF om det är minst fem medlemmar som betalar samtidigt.

## Vid inbetalningen, ange:

- 2009
- Ditt namn och hemadress (även om arbetsgivaren betalar, annars registreras inte betalningen). Tack och välkommen till ett nytt år med BTF!

# Metaforens makt

Text: Oskar Henrikson

**“Shall I compare thee to a summer’s day? Thou art more lovely and more temperate“. Shakespeare kände förmodligen inte till tankegångarna bakom relational frame theory (RFT) när han författade sin artonde sonett. Förmodligen behövde han det inte heller. Men om vi vill förstå metaforens makt, eller om vi vill kunna förklara RFT för de vi träffar på en fest, då kan vi behöva ta en titt på teorin bakom acceptance and commitment therapy (ACT).**

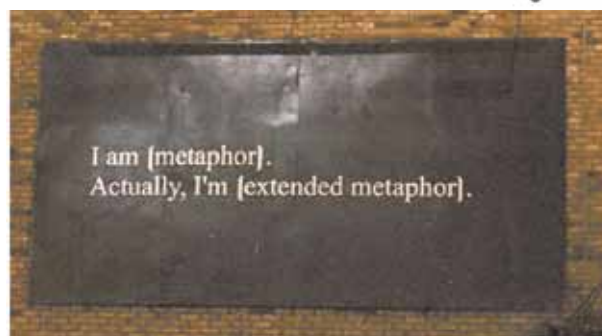
**Eric Fox** är dekan inom Instruction and Instructional Design vid Saybrook Graduate School and Research Center i San Francisco. För personer i beteendeterapeutiska föreningen (BTF) är han förmodligen mest känd för sin webbutbildning i RFT, som han skapade för att själv förstå denna ansett knepiga teori. Somliga kanske känner igen honom från den RFT-workshop han höll för BTF i vintras. Jag var där och hann få en pratstund med honom.

## **Hur skulle du förklara RFT om du var på fest?**

- Oj, jag försöker undvika att prata om RFT på fester. Hm, jag skulle säga... att kärnan av vad vi gör när vi använder språket är att härleda relationer mellan stimuli. Vilket betyder: vi kan lära oss vissa direkta relationer mellan stimuli som att A är detsamma som B, B är det samma som C och då härleder vi att A är detsamma som C.

Säg till exempel att du får höra att BTFs årsmöte är roligare än en vanlig fredagskväll. Sedan tipsar någon om att BTFs årsmöte 2009 kommer vara roligare än vad BTFs årsmöte brukar vara. Då kan du snabbt härleda att BTFs årsmöte 2009 kommer vara roligare än en vanlig fredagskväll. Det är denna, till synes lilla, härledning som RFT handlar om (det kan du berätta när någon frågar dig på nästa fest!)

Steven Hayes, grundaren av ACT, strösslar med metaforer. Det är inte så konstigt. ACT grundar sig på RFT och den teoretiska grunden till användandet av metaforer inom ACT finns i RFT. Hayes har jämfört förmågan att härleda relationer med ett litet steg som



Att presentera sig med en metafor, t. ex. på en fest, är att ge en present.

Foto: [wrestlingentropy på flickr.com](http://wrestlingentropy.flickr.com)

fick drastiska konsekvenser. Han menar att det är ungefär som ett litet steg vid en klippavsats; det verkar litet men kan påverka dig för resten av ditt (numera korta?) liv. För så fort vi kan härleda relationer kan allt möjligt hända. Vi kan härleda hur framtiden kommer att se ut, hur BTFs årsmöte kommer att bli, samt skapa och förstå metaforer.

En metafor kan härleda hela nätverk av relationer, precis som en bild kan säga mer än tusen ord. Shakespeare förstod, redan på 1600 talet, att vi har upplevt så mycket under varma sommardagar att blotta ordet sommardag kan framkalla tusen bilder. Eller, för att tala RFT, jämförelsen med en sommardag skapar tusentals härledda relationer till stimuli som har med sommardagar att göra. Om A är lika med B och B är lika med C kan vi härleda att A är detsamma som C. Om du är som en sommardag och en sommardag är varm och ljuvlig, då är du också varm och ljuvlig. Ja, eller så är du mer än så.

Läs vidare i Tore Gustafssons artikel här intill. Om du vill höra mer av Eric Fox och hur Psykologifabriken förklarar RFT, besök: [www.psykologifabriken.se/metaforens-makt](http://www.psykologifabriken.se/metaforens-makt)

Psykologifabriken.se vill göra psykologin rolig, tillgänglig och relevant. Att gå in på Psykologifabriken är som att äta prinsesstårta.

# Fortsatt introduktion till Relational Frame Theory

Text: Tore Gustafsson, psykologstudent Linköping

**Vi var två reportrar på plats under workshopen och jag fortsätter här med en kort genomgång av vad Eric pratade om samt en genomgång av några centrala begrepp i RFT på en något högre begreppsnivå än vad som brukar presenteras. Bottom-up-teorier förklaras oftast från grunden och upp och du som är intresserad av den nivån av komplexitet kan med fördel gå igenom Erics webbutbildning som kommer att återlanseras tidigt 2009.**

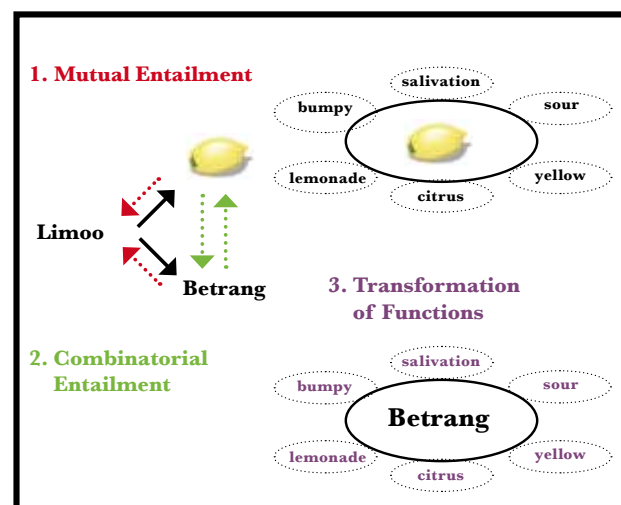
Eric är ingen kliniker utan utbildad i pedagogik och inlärningspsykologi men har varit en del av Steven Hayes labb och skrivit ett av kapitlen i boken Relational Frame Theory - A post-Skinnerian approach to Human Language and Cognition från 2001. Det här var första gången han höll i en workshop om RFT och eventuella ACT-frågor ville han helst skjuta över till de ACT-kunniga i publiken. Upplägget för dagen var att gå igenom bakgrunden till RFT, RFT självt och hur det i förlängningen leder till ACT.

**RFT utmanar bland annat uppfattningen att språket är genetiskt betingat**

RFT utmanar bland annat uppfattningen att språket är genetiskt betingat och neurologiskt kan ge upphov till en language acquisition device à la Chomsky. Chomsky kritiserade Skinners bok Verbal Behavior och kritiken blev mer läst än Skinners egna bok. Den kognitiva revolutionen var igång. RFT-läget håller med om delar av kritiken av Skinners analys av språkligt beteende. Eric säger att han har Skinner som sin superhjälte men verbalt beteende går utförligt att kritisera. Definitionen av verbalt beteende är för bred och inte funktionell, definitionen av verbalt stimuli är inte heller funktionell och regelstyrt beteende beskrivs inte tydligt nog för att förklara hur det fungerar (se Relational Frame Theory-boken för en grundligare beskrivning).

Vad är det nya med RFT? Steven Hayes, med hjälp av Aaron Brownstein, kom på 1982-83 att kombinera begreppet regelstyrt beteende med forskningen om stimulusekvivalens (att fler relationer mellan stimuli uppstår än vad som är tränat). Hayes skriver (2001) att beteendeanalytikerna i Nevada nyttjade inlärningspsykologiska grundprinciper på allt och även på grundbultarna för språklig förmåga. Ur kombinationen av regelstyrt beteende och stimulusekvivalens forskades egenskaperna som utgör en relationell ram fram. Dessa egenskaper är: ömsesidigt inbegripande, kombinatoriskt inbegripande och överföring av stimulusfunktion. Ömsesidigt inbegripande betyder att ett stimulus som får en relation till ett annat stimulus omedelbart får en relation tillbaka från det andra. Ett äpple är en frukt och en frukt kan finnas i formen av ett äpple. Det är inte helt olikt vad man lär sig att öva på i lågstadiet eller hur? Kombinatoriskt inbegripande innebär att ett stimulus kan ha relationer till två separata stimuli och att dessa automatiskt får relationer till varandra för att de har relationer till en gemensam referenspunkt - det första stimuluset. Carlito arbetar mer än Annika. Frode arbetar mindre än Annika. Vem av dessa tre vill du anställa? Överföring av stimulusfunktion är en egenskap som innebär att funktionen för ett stimulus kan ändras

## Defining Features of Relational Frames



genom hur det relaterar till ett annat stimulus. Betänk relationen mellan Carlito, Annika och Frode här ovanför? När denna konstellation av stimuli ställs i relation till anställning så väljer du kanske Carlito. Men vem av dessa väljer du om den tidigare konstellationen av stimuli ställs i relation med - vem vill du ska få obegränsad tillgång till dina pengar? Med funktion avses enkel diskriminativ kontroll, villkorad stimuluskontroll, villkorad förstärkning och försvagning, respondent betingning, osv. Om en person arbiträrt relaterar stimuli med hjälp av dessa egenskaper så relationsinramar denne (med vissa undantag som du kan läsa om i RFT-boken 2001).

**RFT säger kort och gott att vi människor har den unika förmågan att lära oss att relatera olika arbiträra stimuli på olika sätt.**

RFT säger kort och gott att vi människor har den unika förmågan att lära oss att relatera olika arbiträra stimuli på olika sätt. Det ger oss vår språkliga förmåga, problemlösningsförmåga, metaforer, psykopatologi, suicidbeteenden, religion och transcendens. Barnet får i många olika situationer lära sig att koppla ihop arbiträra stimuli. Till en början sker det genom en relativt enkel relation som visar på ekvivalens. Var är ankan, frågar mamman. Barnet pekar i pekboken och blir förstärkt av den glada föräldern i att relatera helt arbiträra stimuli. Bilden i pekboken är tydligen samma som ljudet "ankan". Tids nog blir barnet förstärkt att på egen hand etablera arbiträra relationer mellan olika stimuli. Och några århundraden senare så sitter vi och tittar tillbaka på de civilisationer som förflutit.

Någon i publiken frågade utmanande vad RFT verkligen har att komma med utöver Skinners teori om verbalt beteende. Eric svarade, som många gånger under workshopen, pragmatiskt med att hänvisa till hur många studier som RFT och teorin och verbalt beteende har producerat. RFT leder redan med 70+ studier mot de skinnerianskt orienterade på 60 som forskats på under längre tid.

RFT beskrivs gärna genom att beskriva egenskaperna för relationella ramar (se ovan). Något som kan vara tilltalande är att visa på en del av RFT ett steg högre upp genom att titta på just typer av relationella ramar.

Relationella ramar är inga ting utan en vana av hur vi etablerar relationer mellan stimuli. Barnet som sitter med pekboken får lära sig den enklaste relationella ramen likhet. X är samma som Y. Ljudet anka är samma som bilden på den gula luddiga saken. RFT beskriver dock fler mönster att relatera stimuli än likhet. Det finns även motsats, skillnad, jämförande, hierarki, temporala, spatiala, villkor och kausalitet, deiktiska ramar. Dessa ramar är intressanta för oss gällande arbiträra stimuli (jämför stimuluset rikedom och stimuli för olika färgskalor) som inte har en inkapslande ram av sig själva. Dessa inramningar medgör ett vanlig sätt att relatera två arbiträra stimuli. Det är möjligt att det finns fler typer av inramningar eller att det går att hitta på nya.



*Eric Fox, Saybrook Graduate School & Research Center in San Francisco.*

Metaforer som Oskar beskrev tidigare är ett stort paket av relationella inramningar som visas i bilden ovan (Crel står för en relation mellan stimuli). En annan typ av relationella ramar som används kreativt inom ACT och som kan ses som märkligt är inramningen av stimuli utifrån deiktiska ramar. Dessa ramar används för att relationsinrama stimuli på ett sätt som inte kommer sig naturligt. Deiktiska ramar inramar stimuli på ett sätt att vi ser det som positioner för oss själva och andra. Jag som är författare till artikeln sitter framför min dator, är en utsaga som ger dig som läsare en referenspunkt för mig. Om jag skulle relatera stimuli på ett annat sätt, kanske tänker att du som läsare kommer att sitta och läsa detta, så skulle det kunna kallas för att jag byter perspektiv. Eventuellt är det denna typ av inramning av stimuli som ger upphov till de fenomen vi kallar empati, theory of mind, osv. Kanske är det så att personer med till exempel aspergers syndrom kan tränas i detta. Under 2009 kommer det en bok om just detta *Derived Relational Responding Applications for Learners with Autism and Other Developmental*

Disabilities av Rehfeldt & Barnes-Holmes. Det kreativa sättet som deiktiska ramar används inom ACT görs inom processen självet-som-kontext. Ett enkelt sätt att beskriva självet-som-kontext är att det handlar om att se till att jag-upplevelsen inte är i vägen för att nå vissa mål. Det beskrivs ibland som newage-flum och kan också beskrivas som en övning i att relatera stimuli deiktiskt. Betänk hur en grupp kan samarbeta smidigare om de inte har heliga kor. Att inte ha heliga kor kan beskrivas som att avstå från att inrama stimuli deiktiskt (men det var ju min idé!) i den mån det är möjligt. Jag kan själv undra om det är möjligt att syntetisera element ur olika andliga traditioner som exempelvis buddhismen utifrån hur de arbetar med deiktiska inramningar. RFT kan förhoppningsvis ge helt nya angreppsvinklar för psykologisk forskning och som inte bara handlar om psykopatologi eller terapi.

## ACT profilerar sig som en terapi där man inte raderar stimuli mellan relationer.

ACT profilerar sig som en terapi där man inte raderar stimuli mellan relationer. Egenskaperna för relationella ramar (se ovan) säger inte något om att relationer mellan stimuli går att radera utan endast att de fortplantar sig och automatiskt utan involverad viljestyrka. Därför skulle en påstått konfronterande kognitiv terapi vara dömd att misslyckas (se gärna en video på [contextualpsychology.org](http://contextualpsychology.org) för en diskussion om dessa påståenden, endast för betalande medlemmar, [tinyurl.com/9np977](http://tinyurl.com/9np977)).

Så det duger inte att endast etablera olika relationella ramar mellan stimuli för att lyckas med bot. Jag är inte sämst av alla, inte puckad som en av de på youtube och jag var inte så himla dum i fredags när jag kom på en smart idé. ACT utgår primärt från den tredje egenskapen hos relationella ramar, att överföra stimulusfunktioner, berättar Eric. Detta sker genom att ett stimulus visar vilken del av ett stimuli som görs tillgängligt psykologiskt. Jämför skillnaden mellan att "se en banan framför dig" och "känn smaken av en banan". Kognitiv defusion är en ACT-process som handlar om att peka på det som händer medan en person tänker eller pratar. Stimuli framförs som visar på själva händelsen att tänka istället för innehållet i tänkandet. Genom att störa kontexten som möjliggör att tänka så upplöses tänkandet, åtminstone för en stund. En person som övar sig i detta kan minska dominansen av verbala stimuli och öka sina frihetsgrader. Läs även Blackledges artikel "Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in Acceptance & Commitment Therapy & other Mindfulness-Based Psychotherapies" från 2007 för mer om detta.

Eric hade mycket mer att säga och en del av det kan du fånga upp genom att läsa igenom powerpointen från hans workshop som han gärna delade med sig av. Den hittar du på hans hemsida [ericfox.com/sweden](http://ericfox.com/sweden) och därefter på [contextualpsychology.org](http://contextualpsychology.org).

Läs gärna mer om ACT och RFT på bloggen [psykologstudent.se/act-forum](http://psykologstudent.se/act-forum) som är ett återupprättande av den gamla sajten ACT-Forum.se. Kommentera gärna artikeln där eller utveckla om det var något som fattades eller som missuppfattades! RFT är komplext och jag är intresserad av att lära mig mer.

## Välkommen att gå din egenterapi till en reducerad kostnad!

**Psykologstuderande och övriga studerande 20% rabatt.  
Psykoterapeutstuderande 10% om man betalar själv annars fullt pris.**

**Varmt välkommen hälsar dig,  
Zagros Varon (leg. psykolog, leg. psykoterapeut med KBT-inriktning).**

**Besöksadress: Drottninggatan 12, plan 1, ett stenkast från institutionen och centrala Uppsala i ett vackert 1800-tals hus.**

**Tel.: 018-51 42 82 (telefonsvarare) alternativt 0707-50 78 44  
[zagros.varon@telia.com](mailto:zagros.varon@telia.com)**



# Krönika

Text: Thomas Davidsson

## Jag bestämmer

När jag var sju år kom jag på världens bästa maskin. Det var en skrivmaskin där allt jag skrev på blev sant, verkligt. Om jag skrev glass hade jag strax en glass i handen. Möjligheterna var efter den upptäckten oändliga, svindlande. Tänk om jag hade vetat att det skulle dröja 28 år innan det blev så på riktigt.

Inget är längre långt borta, jag vill ha information - jag får den. Jag vill veta var jag är - jag får svar. Jag vill kommunicera nu, jag gör det. Jag vill bil underhållen, jag vill slappna av, jag vill bli intellektuellt stimulerad, jag vill hänga med i nyheterna, jag vill häpna. Och det blev så, och jag såg att det var gott.

Iphone är spiken i kistan på ACT-ivrarna som menar att vi inte kan nå full kontroll, utöver att öka närvaron av ögonblicket. Med iphone i handen, mitt vapen och kompanjon, sköld och kärlek, kan jag kontrollera allt. Jag behöver inte vänta på något. De har ju inte ens en försvarlig mängd av rando-miserade studier, glasögonen för att se sanningen. Min kontroll med min iphone kan inte vara verkligare, mer understödd av teknik och konkret. Beviset ligger i handen, och i beundrande blickar från omgivningen.

Tiden går och lyckan består, tills en dag i december. Jag står på perrongen och tåget kommer inte. En sprucken högtalare förklarar att löv på spåren hindrar tåget från att anlända till mig, mig, mig. Min planering, min resa som jag har planerat med min gps-applikation raseras.

Och så är jag sju år igen, nyvaken och arg. Jag hade ju skrivmaskinen, precis framför mig. Jag skulle precis skriva namnet på den där Starwars-figuren som jag saknade när jag vaknade ur drömmen. Igen. Det kan inte vara så. Jag hade ju maskinen. Världen skulle lyda mig.

Tåget lyder inte, hur frenetiskt jag än trycker på min iphone. Jag ska ju vara i Linköping om fyrtio minuter! Sakta tar jag in fakta från världen omkring mig som verkar tyda på en annan, alltmer obehaglig möjlig framtid.

Mitt tryckande har gått över till att pröva samtliga av de applikationer jag har laddat ner, kanske för att få del av känslan jag hade när jag satt i länsfåtöljen hemma och valde och vräkte bland tiotusentals varianter. Oändlighet, omedelbarhet, omnipotens. Allt medan tågstationens igenisade klockas visare tickar framåt med den obönhörliga visshet om vem som egentligen har makten.

Jag kan se systembolagets viner i min iphone. Jag kan förstora bilderna med min tumme och mitt pekfinger. Jag kan synkronisera min kalender med ett klick,

trådlöst. Dessa vissheter, som i en annan kontext väckte beundran, avund och en känsla av att den amerikanska drömmen är sann, även här i Sverige, är nu värdelösa. Mitt Babels torn skakar, ger vika.

Sjutton minuter senare rullar tåget in.

Då är jag ett vandrande inbördeskrig.

Tågsätet är obekvämt, det luktar konstigt i vagnen och mannen bredvid pratar högt i mobiltelefonen. Men nätverket verkar fungera. Snart streamar jag den dramatiska lemuren och den dansande papegojan från youtube i min iphone. Jag andas ut, verkligheten är tämjd.

## Nu bestämmer jag igen.

**Iphone är spiken i kistan på ACT-ivrarna som menar att vi inte kan nå full kontroll, utöver att öka närvaron av ögonblicket. Med iphone i handen, mitt vapen och kompanjon, sköld och kärlek, kan jag kontrollera allt.**

**Läs och kommentera krönikan på:**  
[www.thepsychologist.wordpress.com](http://www.thepsychologist.wordpress.com)  
eller maila till [thepsychologist@gmail.com](mailto:thepsychologist@gmail.com)



# Bokrecensioner

Text: Johan Westöö

Recension

## Tillsammans

Författare: Anna Käver och Åsa Nilsson

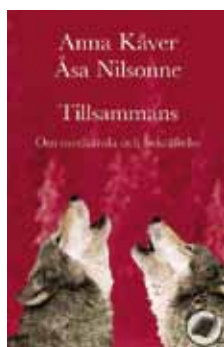
ISBN: 9789127113756

Det här med relationer är inte lätt. Men ändå livsviktigt för de allra flesta. Att skapa och bibehålla goda relationer kämpar många med och ibland är det svårt.

”Läsaren bjuds på konkreta tips kring vad, vem och hur man kan bekräfta andra i relationer.”

Författarna till den här boken tar på ett lättillgängligt upp betydelsen av medkänsla (empati) och bekräftelse. De pekar också på att medkänsla och empati måste uttryckas i handling för att det skall fungera. Då ökar chansen för att vi även får detta tillbaka av dem som är viktiga för oss. Boken fortsätter på teman från författarnas tidigare titlar Att leva ett liv, inte vinna ett krig (om acceptans) och Vem är det som bestämmer i ditt liv? (om medveten närvaro).

Boken bygger på centrala tankar (acceptans, medveten



närvaro, medkänsla och bekräftelse) från DBT, Dialektisk beteendeterapi. Läsaren bjuds på konkreta tips kring vad, vem och hur man kan bekräfta andra i relationer. Författarna använder liknelser och metaforer på ett sätt som gör att det blir lättläst och pedagogiskt. Det är uppbyggt så att varje ny del inleds med ett lättsamt

faktaavsnitt som illustreras med små vinjetter.

Även om den är lättläst är själva innehållet på ett sätt ganska krävande. Man behöver vara medvetet närvarande för att kunna ta till sig det till fullo! Därför kan de nog vara bra att läsa om hela boken eller valda delar flera gånger. Eftersom den är lättläst, tunn och pedagogisk känns det inte svårt eller tungt att ta fram den vid behov igen.

Jag tycker den här boken passar bra både för patienter/klienter och professionella som vill få en inblick i området. Man kan nog också med fördel använda den som en slags arbetsbok eller litteraturtips i en behandlingskontakt.

**Grattis Oskar Henriksson!**

*Du har vunnit en 1-dagsworkshop i BTF:s regi.*

*Maila namn och hemadress till Daniela Lambert*

*L\_DANIELA@HOTMAIL.COM*

*så får du workshopsintyget hemskickat.*

# FRÅGA LISTAN!

Text. Johan Westöö

En stor del av det vi gör inom KBT handlar om att förmedla rational, psykoedukation och att kommunicera olika generella modeller över hur vi ser på tex. vidmakthållandefaktorer för ångestsyndrom som panikångest eller social fobi. I och med den "tredje vågens" terapier har också metaforer som verktyg hamnat mer i fokus. Därför tyckte vi på redaktionen att en fråga kring detta kunde vara intressant att ställa till "listan". Frågan löd:

Hej vi på tidskriften Beteendeterapeuten vill fråga listan en fråga som vi sedan kommer att publicera svaren på i tidningen. Redaktionen förbehåller sig rätten att sovra bland svaren för publicering. De som publiceras är med i den utlottning av BTF-workshop som hålls för dem som bidrar med alster till tidningen i varje nummer.

Frågan är:

Vilken vilka är dina favoriter bland metaforer/liknelser/pedagogiska bilder man kan använda tillsammans med patienten för att förmedla psykoedukation/rational/hopp mm?

Skriv och berätta sådant (tips, idéer anekdoter mm) som du tror andra kan ha glädje eller nytta av!

.....

Hej!

Den absolut mest använda är ju förstås: Löken! (Dvs ångesten minskar ju mer man exponerar sig - precis som löken ser ut i genomskärning.)

En annan bra är att se på tankar som en plastboll i vattnet. Om man försöker trycka undan/ned tanken/bollen, så far den upp med stor kraft. Om man låter bollen/tanken vara så guppar den sakta iväg. Kanske kommer den förbi igen men guppar sedan återigen vidare.

Sen tycker jag att det är verksamt att be patienterna reflektera över hur de behandlar/självspratar med sig själva jämfört med hur de pra-

tar med sina barn. Säger de när barnet är ledset över något som inte gick som barnet tänkt sig: "ja, du är verkligen helt värdelös!"? Det blir så tydligt hur elakt det är att säga så. Patienten blir då också mer kreativ hur den skulle kunna självprata konstruktivt, dvs tänka: hur skulle jag sagt till min dotter/son.

Detta var mina spontana svar - ser fram emot att få läsa om andras!

/Anna Cervin  
leg psykolog, fil dr  
Länshälsan Uppsala AB

.....

Hej Johan,  
Har du sett denna artikel? Berör det du tar upp i din fråga.  
Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2005, 33, 45-59  
Printed in the United Kingdom DOI: 10.1017/S1352465804001766  
Stories and Analogies in Cognitive Behaviour Therapy:  
A Clinical Review  
Paul Blenkiron  
Selby and York Primary Care Trust, UK

Kul att du jobbar med Beteendeterapeuten.  
Synes,

Bengt Westling

(Artikeln diskuterar hur dessa verktyg används inom KBT och man tar även upp lite kring hur det ser ut inom andra terapiskolor. Praktiska exempel på hur man kan använda metaforer och liknelser för att beskriva principerna inom KBT finns också med, reds anmn).

.....

Hej!

Jag har en "egenpåkittad" grej (jag har iallafall inte hört talas om den någonstans), så det är ingen av de "stora erkända" pedagogiska greppen, men jag tänkte att just därför vill jag dela med mig av den eftersom de flesta nog känner till många av de kända redan. Jag tycker om den för att jag fått sådant gensvar av patienterna, alla jag provat den på känner igen sig väldigt mycket och förstår precis vad jag menar.

För att förklara betingning och undvikandens roll (vilket ju därmed blir ett komplement till övrig rational för exponering) brukar jag fråga om de någon gång varit på en resa och där använt en viss doft, t ex en duschkräm eller en parfym och sedan inte fortsatt använda den sedan de kommit hem. (Det har många!) Sedan brukar jag fråga vad som händer om de efter lång tid har gått och minnena bleknat, får känna den där doften igen. (Minnena och känslorna kommer tillbaka.) Då förklarar jag hur doften kopplats ihop med minnen av händelser och känslor från resan p.g.a. att doften förekommit i samband med dessa och sedan inte mer. Jag förklarar att om de istället fortsatt använda parfymen/duschkrämen efter att de kommit hem, skulle den förlora förmågan att framkalla dessa minnen av händelser och känslor. Det brukar de känna igen också. Ja, sen är det ju bara att förklara att det är på samma sätt med situationer som betingats med ångest, att så länge de undviks kommer de fortsätta vara lika potenta ångestframkallare. Även om patienten inte har varit med om just detta med resa och doft, så förstår de iallafall hur det hänger ihop.

Tove Hultstrand

PTP Nacka psykiatriska öppenvård

.....

Hej!

Detta är en liten anekdot jag hämtat ur yogatraditionen. Den kan båda locka till skratt, vilket kanske är förlösande i sig, och ge en upplevelse av att det är dags att ge upp sitt ältande.

Det var en gång två munkar, en äldre och en yngre, som precis avlagt kyskhetslöfte. På vägen från klostret skulle de passera en större bäck. Då de kom ner till bäcken såg de en ung vacker kvinna som försökte ta sig över bäcken. Den yngre brodern sprang fram till kvinnan, lyfte upp henne, bar henne över bäcken och släppte ner henne på andra sidan. Munkarna fortsatte sedan in vandring, men den äldre brodern hade en bister uppsyn. Den yngre försökte på olika sätt lättta upp stämningen, men flera timmar senare var den äldre fortfarande lika tvär. Efter ett tag frågade den yngre vad det var som tyngde den äldre brodern. "Här har vi precis avlagt kyskhetslöfte, och det första du gör är att bära en vacker kvinna över bäcken!", svarade den äldre. Då sade den yngre "den kvinnan släppte jag ner på andra sidan bäcken... men du, käre broder, går fortfarande runt och bär på henne".

Varma hälsningar,

Hanna Granroth Palm

.....



Hej!

En pedagogisk bild som jag ofta använder mig av är konceptet "Att leva i en vald livsvärdering/Att sätta mål som är överensstämmande med att leva/vara i den värderingen/Att utföra de beteenden som behövs för att nå målet(n).

Ett praktiskt exempel jag ofta använder är:

"Säg att en värdering jag har är att jag vill ha ett liv med resor/resande... då är nästa steg att fundera och bestämma mig för vart jag skulle vilja åka...och jag kanske då sätter ett mål att jag vill resa till Paris... och då blir de nödvändiga beteenden som jag behöver utföra för att nå det målet bl.a. att spara pengar, kolla resebroschyrer/sajter, boka hotell, flyg/tågbiljetter, planera min packlista, packa, åka till flygplatsen/tågstationen osv, med alla de detaljer som dessa beteenden består av".

Detta koncept brukar fungera väldigt väl då det är lätt att "plugga in" det i klientens eget liv, att diskutera livsvärderingar/drömmar, mål och åtföljande nödvändiga beteenden.

I lätta områden först naturligtvis, men sedan, när konceptet är insålt och prövat med beteendexperiment, i mer svåra värderingar, mer svåruppnåeliga mål och de mer eller mindre jobbiga/svåra/ångestframkallande beteenden som är nödvändiga att utföra för att nå målet och med det, leva i sin valda livsvärdering.

MVH och önsknings om ett Gott Nytt År.

Nina Runefelt

Leg. barnmorska

Grundutbildad KBT-terapeut

.....

Ja, det var svaren som kom in till oss. Tack till er alla som bidrog och delade med er!

## ALAN MARLATT & KAY KELLY

Vi är mycket stolta att

den 27 – 28 april 2009 på Ersta i Stockholm

få ta emot den kände "missbruksprofessorn" från University of Washington

**Alan Marlatt** kommer föreläsa en och en halv dag om missbruk, harm reduction, relapsprevention och mindfulness based relapsprevention

**Kay Kelly** från samma universitet leder ett projekt som syftar till att förebygga att barn skadas av, att deras mamma dricker alkohol, när de ligger i hennes mage. En halv dag.



## MARK WILLIAMS & ANTONIA SUMBUNDU

**MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY - MBCT  
PROFESSIONELL UTBILDNINGSRETREAT**

Den 29 augusti till den 5 september 2009 på Syninge kursgård i Roslagen



## JON KABAT-ZINN & SAKI SANTORELLI

**MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION - MBSR  
PROFESSIONELL UTBILDNINGSRETREAT**

Den 18-25 juni 2010, plats meddelas senare  
Vi tar emot intresseanmälningar.

I KBT i Utvecklings regi ges även

- ORIENTERINGSUTBILDNINGAR I KBT
- UTBILDNINGAR I MOTIVERANDE SAMTAL – MI
- MINDFULNESSKURSER
- GRUNDLÄGGANDE PSYKOTERAPEUTUTBILDNING I KBT
- UPPDRAGSUTBILDNINGAR

INFORMATION: ANITA OLSSON [a.olsson@telia.com](mailto:a.olsson@telia.com) ANGELI HOLMSTEDT [angeli.holmstedt@telia.com](mailto:angeli.holmstedt@telia.com)

**[www.kbtiutveckling.se](http://www.kbtiutveckling.se)**