

Kandidatnummer 6229

BSYBAC
Bacheloroppgave i sykepleie



Universitetet
i Stavanger

*Effektiviteten av ACT (Acceptance and Commitment Therapy) som
behandlingsform for pasienter med depresjon og angstlidelser*

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger 12.05.2021

Sammendrag:

Bakgrunn

Kognitiv atferdsterapi (Cognitive Behavior Therapy/CBT) er en kjent behandlingsform brukt i sammenheng med pasienter med ulike psykiske lidelser. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) er en nyere behandlingsform som har røtter i kognitiv atferdsterapi, men som tilnærmer seg en slik type behandlingsstrategi på en unik måte. Dette ved å jobbe spesifikt med pasientens psykologiske fleksibilitet, erkjenning og aksept.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke effektiviteten av behandling med ACT på pasientgrupper med symptomer på depresjon og angst, og dermed finne ut om dette en aktuell behandlingsmetode.

Metode

Metoden benyttet for oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, hvor fire forskningsartikler på emnet ble analysert. Resultatene fra artiklene, relevant bakgrunns litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser at ACT som behandlingsmetode er effektiv i behandling av pasienter med depresjon og angstlidelser, og at dette er en behandlingsmetode som kan være aktuell i fremtidig behandling av psykiske lidelser.

Nøkkelord: Psykiske lidelser, Acceptance and Commitment Therapy , behandling, effektivitet, sykepleie

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Hensikt.....	7
2.0 Teori	8
2.1 Fra Behavior Therapy til Acceptance and Commitment Therapy.....	8
2.1.1 Behavior Therapy.....	8
2.1.2 Cognitive Behavior Therapy.....	8
2.1.3 Acceptance and Commitment Therapy.....	8
2.1.4 Seks grunnprosesser i ACT.....	10
2.2 Angst og depresjon.....	12
2.3 Å leve med en psykisk lidelse.....	13
2.4 Kommunikasjon og tillit.....	14
3.0 Metode	16
3.1 Valg av metode.....	16
3.2 Litteratursøk.....	17
3.3 Valg av artikler.....	18
3.4 Analyse.....	18
4.0 Resultater	19
4.1 Tidlig intervensjon, selvhjelp, og minsket risiko.....	19
4.1.1 Reduksjon av symptomer og økt livskvalitet.....	19
4.1.2 Tidlig intervensjon.....	20
4.2 Forbedring i helhetlig mental helsetilstand.....	21
5.0 Diskusjon	22
5.1. Metodediskusjon.....	22
5.1.1 Arena for studiene.....	22

5.1.2 <i>Kompetanse</i>	22
5.1.3 <i>Deltakerne av studiene</i>	22
5.1.4 <i>Kvantitativ tilnærming</i>	23
5.1.5 <i>Studiens gjennomførelse</i>	25
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	25
5.2.1 <i>EA og livskvalitet</i>	26
5.2.2 <i>Psykologisk fleksibilitet</i>	26
5.2.3 <i>Kommunikasjon i behandling</i>	27
5.2.4 <i>Mening og mestring til veien videre</i>	28
6.0 Anvendelse i praksis	29
Litteratur	31

Antall ord: 9013

1.0 Innledning

Det finnes mange former for psykiske lidelser og det finnes ulike variasjoner av lidelsene. Denne bacheloroppgaven skal omhandle lidelsene *depresjon* og noen utvalgte *angstlidelser*: Helseangst, generell angst, panikkangst, sosial angst, fobier og Obsessive Compulsive Disorder (OCD).

Utover angstlidelsene som er nevnt ovenfor, finnes det flere kategorier innenfor feltet «angstlidelser», som blant annet posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og flere spesifikke angstlidelser knyttet til ulike fobier. Det finnes en nær sammenheng mellom angst og depresjon, og det er svært mange med angstlidelser som før eller senere også vil oppleve en depresjon (Helsenorge, 2018). Realiteten er den at de fleste mennesker som lider av en psykisk lidelse sjelden blir helt friske. Medikamenter og ulike behandlingsmetoder varierer i grad av effektivitet. Det som fungerer bra for den ene, gjør nødvendigvis ikke det for den andre. Statistikken viser at mennesker med blant annet angst, depresjoner, manier, og psykoser ofte har ufullstendig effekt av behandling eller tilbakefall på et eller flere tidspunkt. Utfordringen blir større dersom disse lidelsene kombineres med en rusavhengighet. I behandling av pasienter med psykiske plager, er det derfor viktig å rette fokus mot det en kan gjøre noe med, andre viktige forhold i livet som fremmer helse og livskvalitet (Aarre, 2018).

Håkonsen (2014) kommer med en veldig god og aktuell refleksjon når han sier følgende: «Man kan undre seg over hvorfor mennesker får psykiske problemer og utvikler psykiske lidelser. Men man kan like gjerne undre på hvorfor mange *ikke* utvikler psykiske problemer på grunn av alle de krav og utfordringer som de fleste mennesker møter i livet [egen kursiv]» (Håkonsen, 2014 s. 275).

Kognitiv atferdsterapi (Cognitive Behavioral Therapy/CBT) som har utløp i tradisjonell Behavioral Therapy (BT), er en kjent behandlingsform brukt i sammenheng med pasienter med ulike psykiske lidelser. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) er en nyere behandlingsform som har røtter i CBT, men som tilnærmer seg behandlingsstrategi på en unik måte ved å jobbe spesifikt med pasientens psykologiske fleksibilitet og aksept. I følge Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis (2006) kan BT fra dens opphav på 50-60 tallet og frem til i dag, deles inn i tre «Waves» eller *generasjoner*; tradisjonell atferdsterapi, kognitiv atferdsterapi, og den nyere tredjegerasjonstilnærmingen som i denne oppgaven skal belyses i form av teori og forskning. Det har blitt utført en rekke studier på bruken av ACT som

behandlingsform. Selv om de fleste studiene har vært rettet mot ACT relatert til et mangfold psykiske lidelser i pasientgrupper, ser man også flere studier som viser til bruken av behandlingsformen på ikke-kliniske og atferdsmedisinske populasjoner. Eksempler er helsepersonell og andre arbeidsgrupper med behov for mestringshjelp relatert til stress og utbrenthet i arbeidslivet, dem som lever med kroniske smerter, hjelp til røykestopp, og hjelp til livsmestring for foreldre med vanskeligstilte barn (Harris & Jakobsen, 2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Noe av det mest markante jeg selv observerte da jeg var i praksis innen psykisk helse, var det at pasienter med psykiske lidelser daglig kjemper en kamp innad seg selv som innebærer det å prøve å kontrollere egne tanker, følelser, og forsøke å lindre sine symptomer. Dette ofte med bruk av medikamenter eller i kombinasjon med en annen form for behandling og/eller miljøterapi. Det blir lagt stort fokus på pasientens diagnose, symptomer, og symptomlindring. Jeg har reflektert en del over betydningen og bruken av kognitiv terapi i psykisk helse, og spesielt i det siste behandlingsformen ACT som tar kognitiv atferdsbehandling i en litt annen retning. Behandlingsmetode og synet på symptomlindring i bruken av ACT er for meg et utrolig fascinerende emne, som jeg ønsket å utforske videre. Det var også avgjørende for meg å velge et tema som er aktuelt for sykepleiere i arbeidslivet. ACT er en behandlingsform som kan benyttes av flere yrkesgrupper innad helsevesenet, bl. annet da sykepleiere, vernepleiere og psykologistudenter.

1.2 Problemformulering

En stor andel mennesker i verden lever med depresjon og ulike angstlidelser, og ofte følger en av disse lidelsene den andre. Globalt finnes det ca. 264 millioner mennesker som lider av depresjon, og dette er direkte knyttet til en dyster selvmordsstatistikk. Selv om antidepressive medikamenter (ofte omtalt som *antidepressiva*) er bevist effektive i behandling av depresjon, er dette noe en ønsker å kun benytte seg av dersom depresjonen er kategorisert som moderat/alvorlig til alvorlig. Ved milde tilfeller av depresjon ønsker man å avholde bruken av antidepressiva, og da er det ofte anbefalt å først forsøke kognitiv terapi som behandling. Barn skal ikke behandles med slike medikamenter og det er sterkt anbefalt å være var når det gjelder bruken av slikt i behandling av yngre voksne (World Health Organization, 2020).

Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI), vil én av fire mennesker i Norge på et eller annet tidspunkt i livet rammes av en angstlidelse, og angstlidelser finnes hos omtrent 15% av befolkningen til

enhver tid. Forekomsten er hyppigere blant yngre voksne i forhold til eldre (Folkehelseinstituttet, 2019).

Det finnes mye informasjon som sirkulerer i nyhetsbildet og på sosiale medier, som tyder på at statistikken på psykiske lidelser har, og vil, øke betydelig som en følge av Covid-19 pandemien vi nå befinner oss i. World Health Organization (WHO) har estimert at 90% av unge voksne har pådratt seg enten symptomer på angst, eller en klar angstlidelse siden pandemien brøt ut i mars 2020 (World Health Organization, 2020). Det foreligger et klart behov for behandlingsmetoder som er effektive i behandling av depresjon og angstlidelser, både nå og ikke minst fremover når følgene av pandemien som omhandler psykiske lidelser virkelig blir fremtredende. Ved å finne en effektiv behandlingsform som i tillegg til å fungere på kort sikt også er etterlevbar, kan en ikke bare bedre hverdagsmestring og livskvaliteten til disse pasientene, men også redusere den økonomiske byrden på helsevesenet.

Tilnærming til problemformuleringen vil i denne oppgaven undersøkes ut fra et pasientperspektiv.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke effektiviteten av behandling med ACT på pasientgrupper med symptomer på depresjon og angst, og dermed finne ut om dette en aktuell behandlingsmetode.

2.0 Teori

2.1 Fra Behavior Therapy til Acceptance and Commitment Therapy

Rachman (2015) statuerer at man finner opphavet til BT i den russiske forskeren Ivan Pavlov's arbeid og læreprosessen som i ettertid har blitt definert som «klassisk betinging». Kort forklart så går denne læreprosessen ut på stimuli og respons, og hvordan en kan benytte verktøy til å knytte allerede etablerte responser til en ny stimulus (Svartdal, 2020). Pavlov's forskning og utvikling av læreprosesser i behaviorisme, har i senere tid inspirert andre til å forske videre på området, noe som da har ført til utviklingen av BT som en behandlingsform (Rachman, 2015).

2.1.1 Behavior Therapy

Tradisjonell BT hadde sin storhetstid på 50-60-tallet, hvor forskere og behandlere så store resultater i behandling på pasienter med psykiske lidelser, da spesielt hos pasienter med angstlidelser og OCD. Behandlingsformen og dens effekt ble benyttet og studert videre, hovedsakelig i England og i USA. Det begynte gradvis å vise seg at selv om BT hadde vært banebrytende innen psykologisk behandling, så var behandlingsmetoden mangelfull og lite effektiv i behandling av noen former for psykiske lidelser, spesielt depresjon (Rachman, 2015).

2.1.2 Cognitive Behavior Therapy

På 80-tallet begynte forskere å lete etter supplerende tilnærminger til BT. Noe som residerte fra samfunnet og et overordnet press på behandlere innen psykisk helse. Et press til å finne en behandlingsmetode som fungerte på pasienter med depresjon og psykiske lidelser, som da fram til nå ikke hadde hatt effekt av tradisjonell BT. Fokuset ble skiftet over på å komme til bunns i årsak til atferd, og ikke fullt på hvordan en *behandlet* atferd. Gjennom et større og mer grundig fokus på pasientens egne opplevelser og tanker gjennom samtale og analyser, ble kognitiv psykologi og behaviorisme til en ny behandlingsform kjent som Cognitive Behavior Therapy (CBT) (Rachman, 2015).

2.1.3 Acceptance and Commitment Therapy

Psykolog Steven C. Hayes er professor ved forskningsfakultetet i psykologi på University of Reno i Nevada og kjent som «grunnleggeren» av Acceptance and Commitment Therapy

(ACT). ACT blir uttalt som et ord og ikke individuelle bokstaver (Steven C. Hayes, 2004). Han har skrevet samtlige bøker og fagfellevurderte artikler på kognitiv terapi og teorier, og har blitt utdelt en rekke priser for sitt arbeid i fagfeltet (Rousmaniere, 2013). Behandlingsformen ACT er bygget på en teori av Hayes kalt Relational Frame Theory (RFT). Denne teorien tilsier at psykologisk lidelse fra menneskelig språk er naturlig og unngåelig. En måte språket gjør dette på, er ved å skape en indre kamp med oss selv mot våre egne tanker og følelser, gjennom en prosess kalt *Experiential Avoidance* (EA), altså på godt norsk «unngåelse av opplevelse» (Harris & Jakobsen, 2010).

EA handler om at vi som mennesker har en naturlig tendens til å forsøke å unngå uønskede tanker og følelser, og i den prosessen ofte får det verre. Et stort antall studier viser at unngåelse av opplevelse er assosiert med svært mange psykiske lidelser og belastninger, blant annet depresjon og angstlidelser. Det er heller ikke uvanlig at noen tyr til mer ekstreme midler for å forsøke å få emosjonell kontroll, som for eksempel bruk av rusmidler (Harris & Jakobsen, 2010). Hayes et. al (2006) påpeker at EA forsterkes av kulturen vi lever i, en kultur som legger mye fokus på viktigheten av å «føle seg bra» og unngå smerte. Hovedformålet med ACT er å få pasienten til å erkjenne sine tanker og følelser og akseptere dem som det de er. Det skal legges vekt på kognitive mestringsprosesser og intervensjoner som hjelper pasienten å redusere innflytelsen til disse tankene. Symptomlindring er ikke i fokus eller et mål ved bruk av ACT, og ordet *symptom* er noe en mener bør unngås fordi det virker negativt på pasienter. Det å kalle egne indre opplevelser for symptomer skaper en tilstedeværelse av et problem som må løses ettersom et symptom er noe som tradisjonelt ikke skal være til stede og en skal jobbe mot å bli kvitt. Det med fokus på direkte symptomlindring går en bort fra, og det rettes fokus mot å redusere innflytelsen og funksjonen de negative tankene, følelsene, opplevelsene, og impulsene har på pasienten. Ironien her er at ACT ofte fører til symptomreduksjon, men da som et biprodukt av behandlingen og ikke som et mål (Harris & Jakobsen, 2010). Med synsvinkelen ACT har mot behandling, og måten den tilnærmer seg behandling på, er ACT-modellen regnet som å være det en kaller for en *Positive Health Model*. Positive Health forklares slik:

The goal of today's health care system is generally to bring people who are sick out of illness. This takes them from negative health to a state that is neutral, free from health problems but not necessarily thriving. Positive Health's approach works with the positive, with what is right with you, and builds on those assets to help achieve and maintain good health ("What is Positive Health?", 2013).

For å kunne omfavne ACT som en behandlingsform, og for å kunne få effekt av behandlingen, er det essensielt at en oppnår maksimal *psykologisk fleksibilitet*. Gjennom forskning viser Hayes et al. (2006) at de aller fleste mennesker som regel har størst fokus på kortsiktige mål i livet, som å se bra ut, føle seg bra, og å oppnå aksept fra andre mennesker ved å vedlikeholde et godt inntrykk av seg selv utad. Langsiktige mål som personlig vekst og verdier kommer ofte i andre rekke. Menneskers oppførsel blir styrt av de kortsiktige målene, noe som skaper psykologisk ufleksibilitet. En er altså på et underbevisst nivå lite villig til å inngå kompromiss dersom det betyr at de verdsatte kortsiktige målene faller i prosessen. Hayes et. al (2006) legger vekt på viktigheten av å kunne se det større bildet, og det å være villig til å endre fokuset fra det mindre viktige til verdibasert handling. Han beskriver derfor psykologisk fleksibilitet som en stor del av formålet med ACT «[...] the general goal of increasing psychological flexibility—the ability to contact the present moment more fully as a conscious human being, and to change or persist in behavior when doing so serves valued ends» (Hayes et.al, 2006, s. 7).

2.1.4 Seks grunnprosesser i ACT

ACT jobber med seks grunnprosesser som sammen har som mål å øke psykologisk fleksibilitet hos pasienten (Hayes, 2004). Prosessene forklares under i et kortere sammendrag for å belyse dem på best mulig måte. Materiellet sammendraget er bygget på er basert på teori fra artiklene til Harris & Jakobsen (2010) og Hayes et al. (2006).

Aksept

I denne prosessen skal aksept fostres for å erstatte EA og for å oppmuntre til verdibasert handling. Pasienten bli oppmuntret til å la alle følelser og tanker komme som de er, kjenne på dem fullt, for så å la dem forsvinne igjen.

Kognitiv defusjonering

Kognitiv defusjonering går ut på å anerkjenne at tanker er forbigående indre hendelser som stadig endrer seg, og ikke noe som er fastgrodd. En skal se på tankene våre fra en annen vinkel, og ikke la dem påvirke oss. En måte en kan gjøre dette på er å ufarliggjøre en tanke ved å forestille seg at tanken blir til en setning på et ark, som for eksempel befinner seg i omgivelser en finner som komiske, eller at tanken sendes av gårde som et papirfly.

Aktiv tilstedeværelse

Aktiv tilstedeværelse går ut på å rette fokuset mot det som skjer rundt en i nåtid og engasjere seg i dette. Sitter man ved et bord og spiser et måltid skal man fokusere på alle inntrykk som fysisk er til stede i dette øyeblikket, som i dette eksempelet blir sanser som smak og lukt. Sitter man i samtale med noen, skal en rette fokuset på å engasjere seg i samtalen og lytte med mottakelighet, interesse, og oppmerksomhet.

Det observerende selvet

I denne prosessen skal en prøve å se for seg at tankene våre og den vi er ikke er ett. Man *er* ikke tankene sine. Tanker er perifere fra ens grunnleggende bevissthet. De er flyktige og i stadig forandring. Om man klarer å få pasienten til å se på seg selv på denne måten, kan pasienten enklere mestre flyten av tanker og opplevelser som kommer uten at de får slå rot, og på den måten unngå å bli knyttet til opplevelser som ikke er hensiktsmessige. I ACT fostres man det observerende selvet ved bruk av øvelser innen mindfulness, integrasjon av metaforer, og erfaringsbaserte prosesser.

Verdier

Denne prosessen tar utgangspunkt i å rette fokuset mot, og klargjøre hva som er viktig for pasienten og hva slags person en ønsker å være. En stadfester verdier, hva som er vitalt og meningsfullt for pasienten. Ved hjelp av ulike øvelser jobber man da med å hjelpe pasienten å komme frem til retningsmål på ulike personlige områder, oftest familiemessig, karrieremessig og spirituelt. For å knytte disse målene og verdiene til behovet for følelsesmestring, benyttes konseptet «villighet». Å være villig til å la for eksempel angst være til stede for å kunne oppnå målet om å bli den du ønsker å være. Poenget er ikke at man skal få pasienten til å like eller ønske angsten, men at en er villig til å tillate dens tilstedeværelse.

Forpliktende handlinger

Sist i rekken av prosesser finner man *forpliktende handlinger*: Å sette seg mål som er guidet av våre verdier, for så å utføre nødvendige handlinger som hjelper en å oppnå målene. Det er viktig å påpeke at denne prosessen og deler av de andre nevnt ovenfor er ikke bare spesifikke til ACT, men har forgreninger i tradisjonell BT og utviklingen fra BT til ACT. *Verdiprosessen* og det å sette seg mål gjennom *forpliktende handlinger* er noe som er mer ACT-spesifikt.

Denne behandlingsprosessen involverer omtrent alltid terapi og «leksearbeid» rettet mot behandlingsmål, som skal utføres av pasientene underveis i behandlingen.

De seks grunnprosessene henger alle sammen og overlapper hverandre. Sett i sin helhet så støtter den ene prosessen en annen, og alle med en hensikt om å skape økt psykologisk fleksibilitet (Harris & Jakobsen, 2010; Stephen C. Hayes et al., 2006). Sentralt i ACT behandling står også rollen og relasjonen mellom behandler og pasient. Forskning innen psykoterapi har avdekket enkelte fellesfaktorer som har vist seg å ha stor betydning på resultat i effektive terapier. En av faktorene med størst betydning er nettopp forholdet mellom behandler og klient (Harris & Jakobsen, 2010).

2.2 Angst og depresjon

Angst

Angst er en fryktreaksjon hos mennesker som kan utløses uten at en nødvendigvis behøver å vite hva det skyldes. Det kan være at en reagerer på en situasjon eller en gjenstand. Hvis det er spesifikke gjenstander som skaper angstreaksjonen er det ofte naturlig at det er snakk om en type fobie. Når en person opplever følelsen av angst, vil en ofte føle seg urolig, puste anstrengt og fort, og kan fremstå som ukonsentrert. En annen vanlig reaksjon kan være irritasjon og sinne, men ofte kan angst uttrykkes mer indirekte i form av unngåelse. Mange som lever med en angstlidelse venner seg til å unngå situasjoner de frykter, og som de vet av erfaring skaper en angstreaksjon. Mange vil også av natur forsøke å mestre angsten ved å skjule følelsene sine, og som en følge av dette vil de ofte oppleves som mer tilbaketrukne og stille (Håkonsen, 2014).

Depresjon

Depresjon er en vedvarende opplevelse av nedtrykthet og tristhet, og er en tilstand som utvikles fra en opplevelse av å være utilstrekkelig og mislykket som menneske. En slik tilstand kan ofte utvikles etter at en har gått gjennom en vanskelig livssituasjon, som for eksempel sykdom, sorg forbundet med tap, eller et samlivsbrudd. Det kan også ses en utvikling fra å gjennomgå en reelt vanskelig livssituasjon med arbeidsledighet, lite nettverk, og få venner. Man kan ofte se ytre tegn på depresjon som blant annet lite mimikk i ansiktsuttrykk og kroppsholdning, og trege reaksjoner/latenstid. Det finnes ulike grader av depresjon, fra mild til alvorlig, eller «dyp depresjon» som den kalles. En ser at jo mer gjennomgripende en depresjon blir, desto mer vil

det prege personens livssituasjon, livskvalitet, og atferd. Negative tankebaner vil dominere i sterkere grad av depresjoner, og alt har da en tendens til å føles negativt slik at følelser og situasjoner også får en slik vinkling. En dypere depresjon vil være betydelig mer utfordrende å behandle, ettersom de negative tankebanene i stor grad vil dominere pasienten og hans evne til å se lyspunkter eller ta imot alternative synspunkter (Håkonsen, 2014).

2.3 Å leve med en psykisk lidelse

Mening og mestring

Håkonsen (2014, s. 277) refererer til filosofen Aron Antonovsky (1923-1994) som hevder at det er helt grunnleggende for mennesker å forsøke å finne mening i ulike situasjoner, selv de situasjoner som en kan forbinde med ubehagelige følelser som sorg, skam, utrygghet, og angst. Det blir også påpekt at mennesker har en sterk tendens til å søke mening hos seg selv dersom mening ikke er tydelig i situasjonen. Opplevelsen og følelsene som følger depresjon og angstlidelser fører ofte til følelser av irrasjonell skyld og skam. Skamfølelsen beskrives av Håkonsen (2014) som «en intens negativ vurdering av en selv», som ofte følges av opplevelsen av selvforakt, en nedvurdering av egne ferdigheter og evner. Dette fører til opplevelse av avmakt over å gjennomleve en krise eller situasjon som overgår ens mestringsevne (Håkonsen, 2014).

Måten en person med psykiske lidelser prøver å mestre en vanskelig situasjon på er ofte personsentrert, i den formening at når en da ikke klarer å gjøre noe med situasjonen så forsøker en heller å gjøre noe med seg selv. Dette resulterer som oftest i uhensiktsmessige avgjørelser og atferd. Eksempel på dette kan være å fortrenge alle ubehagelige følelser til beste evne, eller å isolere seg som en ofte ser ved angstlidelser (Håkonsen, 2014).

Fordommer om psykiske lidelser

Psykiske lidelser er allmennmenneskelig og kan ramme hvem som helst (Håkonsen, 2014). Det eksisterer mange fordommer og forestillinger knyttet til psykiske lidelser. Slik har det vært opp gjennom tidene og slik er det fremdeles. De aller fleste mennesker har, eller vil, på et eller annet tidspunkt i livet føle en frykt for å miste kontrollen over eget sinn, og risikerer da å bli sett på av andre som «gal». Foruten tanken på galskap, kan man ha en frykt for å bli hjelpeløs

og da måtte bli avhengig av å motta hjelp fra andre. For mange er det å miste kontrollen over livet, tanker, og følelser det de frykter mest. Det er ikke gitt at en kan se utad hvem som bærer på en psykisk lidelse. Psykiske lidelser kan ha en uendelighet av uttrykksformer ettersom én lidelse arter seg forskjellig fra den andre, og at mennesker er individer som alle har sin måte å reagere på.

2.4 Kommunikasjon og tillit

En viktig del av det å behandle pasienter innebærer at pasienten legger sin tillit til den som skal fungere som behandler. Å skape et tillitsforhold med pasienten starter med at en vurdering er tatt på hvordan en skal tilnærme seg pasienten på best mulig måte. Situasjoner varierer ut fra hvem en kommuniserer med, og i hvilken rolle en selv skal ha i situasjonen. Det finnes ingen konkret oppskrift på hva som fungerer best og vil være mest problemløsende ettersom hver enkelt person er ulike og har forskjellige behov. Det foreligger derimot en rekke ferdigheter og forhold som kan ha en betydning for hvorvidt en kommunikasjonsmetode oppleves som problemløsende og hjelpende for den som skal motta behandling (Eide & Eide, 2018):

1. Lytte aktivt
2. Observere og fortolke verbale og nonverbale signaler
3. Forstå hva andre opplever som viktig
4. Anerkjennelse den andres helseprosjekt
5. Stimulere den andres selvbestemmelse og ressurser
6. Formidle informasjon på en klar og forståelig måte
7. Strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8. Skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. Forholde seg åpent til vanskelig følelser og eksistensielle spørsmål
10. Medvirke til gode beslutninger og løsninger - samvalg

I sammenheng med temaet kommunikasjon i behandling, anses det som gunstig å referere til sykepleieteoretiker Joyce Travelbees teori om *menneske-til-menneske-forholdet* som beskrevet av Eide & Eide (2018). Travelbee mente at kommunikasjon er en dynamisk prosess i sykepleiesituasjoner, og at kommunikasjon først og fremst bør ses på som et middel til å opprette *menneske-til-menneske-forholdet*. Dette forholdet ble sett på som et middel til å realisere sykepleiens formål, noe Travelbee formulerer som «å hjelpe et individ, en familie

eller et samfunn til å unngå eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse og, eventuelt, å finne mening i denne opplevelsen» (Eide & Eide, 2018). Travelbee uttrykket at i formålet med å skape dette menneske-til-menneske-forholdet, måtte man se på pasienten som et unikt, uerstattelig individ, og var kritisk til betegnelsen «pasient». Hun poengterte at bruken av denne betegnelsen stimulerte til stereotypiske oppfatninger og dermed undertrykte dette med å kunne se på pasienten som nettopp et unikt individ. Det ble også lagt vekt på kommunikasjon som et instrument eller et middel til å blant annet kunne møte pasientens behov, og bli kjent med og forstå pasienten (Eide & Eide, 2018).

3.0 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» Dalland (2017 s. 51).

3.1 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven bygger på en integrativ litteraturoversikt basert på fire utvalgte forskningsartikler i tillegg til annen relevant litteratur om emnet. Integrativ litteraturoversikt kjennetegnes av å danne seg en oversikt over tidligere forskning gjort på et spesielt og avgrenset fagområde. Det velges ut relevante forskningsartikler som analyseres, og i tillegg må de kvalitetsgranskes. Videre skal det sammenstilles funn fra de analyserte artiklene, og sammen med relevant bakgrunnsstoff settes det hele sammen til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). En integrativ litteraturoversikt skiller seg fra en allmenn litteraturoversikt ved at man drar egne konklusjoner fra resultatene. Friberg (2017, s. 150) sier at man «...väljer att gå ett steg till» med integrativ litteraturoversikt, og skaper en ny helhet ved å vurdere hvordan resultatene fra artiklene henger sammen. I en *allmenn* litteraturoversikt danner man en oversikt over fagområdet, der resultatene *ikke* sammenlignes (Friberg, 2017). For å best kunne belyse hensikten med oppgaven, ble det valgt å benytte integrativ litteraturoversikt.

Før oppstart av søket på forskningsartikler, var det viktig å først vurdere riktig *metodeorientering* for denne oppgaven. *Metodeorientering* er den metoden som en vurderer mest relevant til å kunne finne svar på hensikten i oppgaven, altså den metoden som ville produsere artikler og forskningsmaterieell som var relevante og aktuelle til å belyse hensikten i oppgaven. For å få en god innføring og oversikt over metoder brukt til oppgaveskriving, ble det tatt i bruk relevant litteratur fra pensum; Dalland O, *Metode og Oppgaveskriving* (2017), og Friberg F. *Dags för Uppsats* (2017). Oppgaven er bygget på forskningsartikler med *kvantitativ tilnærming* som i hovedsak er en metode som gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017). En annen tilnærming man kunne valgt å gå for, ville vært en *kvalitativ tilnærming* som «[...]tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland, 2017).

Søket på artikler ble gjort basert på en *kvantitativ tilnærming* som et resultat fra valget av hensikt. Hensikten var å finne ut effektiviteten av en spesifikk behandlingsform, og det var avgjørende å finne artikler med bekreftet statistikk. En kvalitativ metode ville ikke kunne ha gitt den informasjonen som det trengtes for å kunne belyse hensikten i oppgaven. Fremgangsmåten i studiene valgt følger en vanlig måte å formidle forskningsartikler på, nemlig IMRAD-modellen; Introduksjon, Metode, Resultater og Diskusjon (Dalland, 2017, s. 163).

3.2 Litteratursøk

Søkemetode og valg av søkeord

For å finne de mest relevante artiklene i forhold til oppgavens hensikt, ble det satt av god tid til å undersøke artikler, og å prøve ulike sammensetninger av relevante søkeord. Basert på tidligere erfaring med søk og resultater, er det å finne et større og mer utbredt utvalg dersom man søker på engelsk. Det ble derfor utført søk på ord som: *Acceptance and Commitment Therapy, ACT, anxiety, depression, patients, trial study, empiric study, randomized control trial, treatment*. For å ikke avgrense søket til kun artikler på engelsk, ble det også utført søk på norsk hvor følgende søkeord ble brukt: *Aksept og engasjementsterapi, angst, depresjon, psykiske lidelser, psykisk helse, studie, empirisk studie, behandling, og pasienter*. Søket etter artikler gikk via søkemotor tilbudt via universitetsbiblioteket [Oria](#), og den medisinske søkebasen [SweMed](#) satt opp av det *Karolinska Institutet* i Stockholm, som er et ledende universitet innen medisin. Søkemotorer som [Google Scholar](#), [PubMed](#) og [Cinahl](#) ble også benyttet.

Avgrensing av søkeresultater

For å sikre at resultatene av søket produserte relevante artikler etter nødvendige kriterier og krav satt for å kunne bruke en slik artikkel i denne oppgaven, var det nødvendig med en avgrensing. Artiklene skulle være vitenskapelige og helst ikke eldre enn ti år gamle. I utgangspunktet var det ønskelig å holde seg til forskning fra de siste ti år, men etter en stund ble det konkludert med at mye av forskningen på emnet ble foretatt fra 2003 og oppover. Ettersom det ble ansett at forskningen uansett var relevant for oppgaven og nødvendig for å kunne sikre belysning av hensikten, ble ikke artikler fra 2003 og opp mot 2011 ekskludert. Artiklene til grunnlag for oppgaven skulle også være fagfelleverderte, så her ble det også gjort en avgrensing. En annen viktig vurdering som ble tatt i søkeprosessen var den at forskningen ønsket måtte kunne relateres til vestlig kultur, og dermed også nordiske land.

Studier fra blant annet Asia og Afrika ble derfor ekskludert.

3.3 Valg av artikler

Etter å ha avgrenset søkeresultatene og gått gjennom utvalget av artikler som stod igjen i søket, ble det besluttet å bruke artikler som baserte seg på forskning med studiegrupper på over 80 deltakere. Dette for å da få det helhetlige bildet og relevante, gyldige resultater. Det var også et kriterium at resultatene av studien kom godt frem, og at det var god oversiktlig statistikk på resultatene. Det ble også tatt en vurdering på innholdet i artiklene i forhold til om resultatene var brukbare til å kunne knyttes til hensikten til oppgaven.

3.4 Analyse

Analysearbeidet startet ved å lese nøye igjennom artiklene som ble valgt, og markere ut det som var viktig for oppbyggingen av oppgaven. Videre ble det tatt i bruk oversiktstabeller for å få en systematisk og god oversikt over innholdet i hver artikkel. Dette gjorde det enklere å måle artiklene opp mot hverandre i form av resultater, og for å kunne vurdere likheter og forskjeller. En datareduksjon fra innholdet i artiklene var også nødvendig, slik at informasjon som ikke var relevant ble luket ut, og at det kun ble nøkkelfunnene som var aktuelle. Friberg (2017) sin 5-trinns analysemodell ble tatt i bruk. Modellen går ut på å lese gjennom artiklene flere ganger for å få en god forståelse om hva de handler om. Videre skal en identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studies resultat, sammenstille resultatene, relatere resultatene i de ulike studiene til hverandre og til slutt beskrive og presentere resultatene i en ny helhet (Friberg, 2017). Ved å anvende denne modellen ble det enklere å plukke artiklene fra hverandre å skape en god oversikt. Artiklene ble lest nøye, hvor funn og likheter ble markert for å finne en felles karakteristika i forskningsstudiene.

4.0 Resultater

Hensikten med oppgaven er å undersøke effektiviteten av behandling med ACT på pasientgrupper med symptomer på depresjon og angst, og dermed finne ut om dette en aktuell behandlingsmetode. Resultatdelen vil derfor fremheve funn som belyser hensikten.

ACT er en effektiv behandlingsmetode for pasienter med depresjon og angstlidelser (Arch et al., 2012; Bohlmeijer et al., 2011; Eilenberg et al., 2016; Fledderus et al., 2012).

4.1 Tidlig intervensjon, selvhjelp, og minsket risiko

I dette avsnittet vil det presenteres resultater som belyser hensikten for oppgaven.

4.1.1 Reduksjon av symptomer og økt livskvalitet

Bohlmeijer et. al (2011) avdekket en betydelig reduksjon av depresjonstegn og symptomer hos testgruppen som mottok behandling med ACT, sammenlignet med ventelistegruppen/kontrollgruppen som da ikke mottok noen form for behandling. Det ble konkludert ut fra resultatene at tidlig behandling med ACT mest sannsynlig vil minske risiko for videreutvikling av en mild til moderat depresjon. Studien hadde fokus på tidlig behandling, altså «*early intervention*» for pasienter som ble konkludert å ha en mild til moderat depresjon. Denne studien la også spesifikt vekt på resultatene når det gjaldt experiential avoidance (EA), dette fordi funnene her bekrefter den underliggende teoretiske modellen som ACT er bygget på. Resultatene påviser at langtidseffekten av selve behandlingen totalt er avhengig av effekten på EA. Effekten av behandling ble målt flere ganger underveis i studien; Under behandling, rett etter behandling, og etter 3. mnd. for å kartlegge langtidseffekt av behandlingen (Bohlmeijer et al., 2011).

Fledderus et. al (2012) sin studie hadde også som hensikt å teste effektiviteten av ACT på testgruppen, men da med fokuset mer over på området selvhjelp. Studien går derfor ut på å guide deltakerne i studien gjennom ACT behandling og implementering på egenhånd via epost. Selv om de delte deltakerne opp i to ulike grupper som mottok behandling (en gruppe fikk mer omfattende innhold i kommunikasjon i forhold til den andre), fant de ingen særskilte forskjeller i resultater mellom de to gruppene. Resultatene samsvarer på hovedpunktene med forrige studie. De påviser at tidligbehandling basert på ACT er betydelig effektivt når det gjelder å

reducere depressive symptomer, angst, utmattelse (fatigue), EA, og bedret overall mental helsetilstand og mindfulness (Fledderus et al., 2012).

I studien til Eilenberg et al. (2016) viser resultatene at ACT har en betydelig effekt, også ved oppfølging etter endt studie. Etter endt behandling rapporterte 83% av deltakerne at de enten var veldig eller ekstremt fornøyde med behandlingen og at behandlingen hjalp dem å bli bedre. 88% ville anbefalt behandlingen til en venn, og 81% av deltakerne kunne si at behandlingen hadde resultert i økt livskvalitet. Ved oppfølging etter 10 måneder viste det seg også at 25% av pasientene som hadde deltatt ikke lenger ble sett på som pasienter med kliniske tilfeller av helseangst (Eilenberg et al., 2016).

Arch, Davies, Eifert, & Plumb Vildaraga, (2012) beviser også med sin studie at effekten av ACT er en av betydning for pasienter med angstlidelser. De sammenligner ACT med CBT, hvor det blir konkludert at ACT er minst like effektiv som den «klassiske» behandlingsformen CBT, og at ACT på noen områder fungerer bedre enn sistnevnte. På langsikt ser man at effekten av ACT er lenger vedvarende, og scorer betydelig høyere på forbedring i psykologisk fleksibilitet (Arch et al., 2012).

4.1.2 Tidlig intervensjon

I resultatene konkluderer to av artiklene at ACT har god effekt som behandlingsmetode i et tidlig forløp av sykdommene, altså der det finnes milde til moderate symptomer. Disse studiene hadde begge som mål å undersøke denne pasientgruppen hvor de da befant seg i et tidlig til middels forløp av depresjon. Hensikten med studiene utført var det å kartlegge om tidlig intervensjon kan bremse en videreutvikling av sykdomstilstanden og hindre at pasienten får en klinisk depresjon/diagnose (Bohlmeijer et al., 2011; Fledderus et al., 2012). Fledderus et al. (2012) påpeker i diskusjonsdelen sin av studien, at de mener ACT er spesielt tilpasset behandling i form av tidlig intervensjon. Dette på bakgrunn av diskusjoner innad fagmiljøet som omhandler tidlig intervensjon av slike behandlingsmetoder. Det har blitt diskutert at det må foreligge en rekke forutsetninger for at behandling skal kunne ha en større innvirkning på overall mental helse. To av disse er fremhevet i diskusjonsdelen i Fledderus et al. (2012) sin studie, og er relevante for å vurdere ACT som en effektiv behandlingsmetode i relasjon til tidlig intervensjon. Siden ACT fokuserer på fostring av *Positive Mental Health* og ikke averteres som en behandling mot «sykdom» (som ofte kan tolkes som et negativt ladd begrep), mener de at det er mer sannsynlig at mennesker med behov for hjelp vil akseptere og oppsøke denne

behandlingsmetoden. Videre påpeker de at en forbedring av EA (som en hovedfaktor i ACT) er relevant for mange typer psykiske lidelser, og at tidlig intervensjon i behandling med ACT derfor vil kunne hindre videreutvikling av psykiske lidelser i et bredere spektrum og på tvers av diagnoser (Fledderus et al., 2012).

4.2 Forbedring i helhetlig mental helsetilstand

I dette avsnittet beskrives supplerende funn fra studiene, som belyser at behandlingen hadde andre positive effekter.

I tillegg til hovedfunn i studien, fant Bohlmeijer et al. (2011) en signifikant reduksjon av angst og utmattelse (fatigue) hos deltakerne i testgruppen etter endt studie, og ved oppfølging tre måneder senere. Det at ACT-behandlingen i tillegg reduserte symptomer på angst og utmattelse ble i artikkelen beskrevet som et uvurderlig funn, ettersom utmattelse generelt er relatert til dårlig fysisk og psykisk helse (Bohlmeijer et al., 2011).

I Fledderus et al. (2012) sin tilnærming til ACT som guidet selvhjelp, var tilleggsfunnene på lik linje med Bohlmeijer et al. (2011) sin studie. Det ble funnet en betydelig forbedring i den helhetlige mentale helsetilstanden til testgruppen, ikke bare på angstsymptomene generelt. Det samme ble funnet i studien som omhandlet *bruken av ACT mot helseangst*. I den studien ble det (med resultatene som grunnlag), i tillegg konkludert at pasienter med hypokondri ikke er like motstandsdyktige til kognitiv behandling som det tidligere har vært antatt (Eilenberg et al., 2016). I artikkelen som setter ACT opp mot CBT, viser funnene at testgruppen som mottok behandling med ACT hadde større sannsynlighet for å søke supplerende hjelp og behandling etter testperioden. Det ble spekulert på om det falt mer naturlig for disse pasientene ettersom ACT behandling legger et bredere fokus på verdier og et helhetlig mål om langsiktig bedret livskvalitet (Arch et al., 2012).

5.0 Diskusjon

Følgende kapittel vil diskutere valg av metode for å belyse hensikten i oppgaven, samt resultatene som ble funnet sett i sammenheng med aktuell litteratur og hensikten for oppgaven. Til slutt vil det inkluderes personlige tanker og refleksjoner.

5.1. Metodediskusjon

5.1.1 *Arena for studiene*

Ettersom det var et kriterium at forskningen skulle kunne relateres til vestlig kultur, er de utvalgte studiene nettopp tatt fra studier gjort i slike land. To av studiene er utført i Nederland, en i Danmark og den siste i USA. I tre av de fire studiene, tar behandlingen sted i lokaler relaterte eller tilhørende til forskningsavdelinger innen helse ved universitet. Studien som omhandler bruken av ACT i en selvhjelpsrettet arena, skiller seg ut i det at kontakt med deltakerne og mesteparten av behandlingen foregikk via epost. I to av studiene foregikk behandlingen i gruppesesjoner.

5.1.2 *Kompetanse*

For å kunne vurdere at artiklene valgt viste validitet, var det viktig å stadfeste at forskningen hadde blitt utført av fagfolk innen feltet. To av studiene ble utført av utdannede psykologer og psykologspesialister, og de to siste av master og doktorgradsstudenter i psykologi (med veiledning fra utdannede fakultetsmedlemmer/psykologer.)

5.1.3 *Deltakerne av studiene*

Artiklene viste ulike metoder for å rekruttere og finne deltakere til studiene. I studien til Bohlmeijer et al. (2011), ble deltakerne med depressive symptomer (18 år og eldre, av begge kjønn) rekrutterte i løpet av en tre-måneders periode gjennom bruken av artikler i media, brosjyrer, plakater, og gjennom innsats fra psykologer fra syv ulike helseinstitusjoner. De som responderte ble kartlagt av psykologer ved hjelp av personlige intervju. I løpet av denne prosessen ble flere luket ut basert på forhåndssatte eksklusjonskriterier, blant annet; 1) At de allerede mottok en form for behandling av lidelsen. 2) At de ikke hadde typiske symptomer på depresjon. 3) At de viste tegn til en alvorligere grad av depresjonslidelse. Fledderus et.al (2012)

rekrutterte til sin studie gjennom annonser i aviser. De som responderte til annonsen gjennomgikk da en prosess som inkluderte et spørreskjema som kartlegger en tilstedeværelse av depresjon. Ble de regnet som aktuelle etter å ha fylt ut skjemaet, ble de kontaktet via telefon for videre kartlegging. Med inklusjonskriterier på lik linje med Bohlmeijer et al. (2011) sin studie, så ble i tillegg symptomer på angst også inkludert. Eksklusjonskriteriene var også omtrent de samme, med unntak av at i denne studien ble potensielle deltakere med høy fare for selvmord (suicidalitet) også ekskluderte.

Deltakerne i studien fra Danmark ble rekrutterte gjennom en klinikk for funksjonelle psykiske lidelser på Universitetssykehuset i Aarhus. Det var essensielt at deltakerne møtte kriteriene for betydelig/alvorligere helseangst, noe som ble målt ved hjelp av spesialiserte vurderingsskjemaer. Aldersgruppen i inklusjonskriteriene var mellom 20-60 år, og av begge kjønn. Potensielle deltakere med andre supplerende psykiske og fysiske lidelser som angst og depresjon, og dem med mildere somatiske lidelser som fibromyalgi og diabetes ble faktisk inkluderte, *hvis* helseangsten opptrådte som den dominerende lidelsen. Deltakere med alvorligere psykiske lidelser som psykoser og bipolar lidelse ble ekskludert (Eilenberg et al., 2016).

Studien utført ved Anxiety Disorder Research Center på University of California Los Angeles (UCLA), rekrutterte deltakerne via anbefalinger fra kontaktpersoner, brosjyrer/flyers, annonser i avisen og på Craigslist, som er tilsvarende nettsiden «finn.no» her i Norge. Inklusjonskriteriene innebar at deltakerne måtte ha en eller flere angst-relaterte diagnoser som sosial angst, ulike fobier, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), eller generalisert angstlidelse og panikk lidelse/panikkangst. I tillegg var deltakerne enten fri for bruk av psykofarmaka eller stabile på medikamenter som de hadde brukt over lengre tid. Dersom de hadde brukt medisiner tidligere måtte nedtrappingen og totalt avhold fra bruken være minst fire uker tilbake i tid fra studiens oppstart. Kriterier for eksklusjon var at de nylig hadde startet på en form for psykofarmaka, at de viste tegn til en alvorlig depresjon, suicidalitet, bipolar lidelse, og eller en psykoselidelse (Arch et al., 2012).

5.1.4 Kvantitativ tilnærming

Alle studiene valgt for å belyse hensikten med oppgaven er skrevet ut fra en kvantitativ tilnærming. Noe av formålet med å bruke en slik tilnærming er det å kunne komme frem til

målbare data, tall som uten tvil bekrefter eller avkrefter det en ønsker å undersøke, altså hensikten med forskningen eller studien (Dalland, 2017). I studiene valgt har nesten alle som hensikt å finne ut av bredden effekten av ACT har på en utvalgt gruppe deltakere, og derfor om dette er en effektiv behandlingsmetode. Én av de fire studiene tar en litt annen retning i forhold til å måle opp effekten av én behandlingsform (ACT) mot den andre (CBT), men benytter seg av samme tilnærming for å belyse hensikten i studien. Valget av kvantitativ metode av forskerne i studiene har belyst hensikten, men kvalitative studier på samme emne vil være opplysende og ikke minst gunstig som en supplerende faktor i slike studier. Dette med tanke på at en slik tilnærming vil kunne utdype årsaker og fenomener rundt hvorfor akkurat denne behandlingen fungerer for de ulike pasientene, og vil gi en mye større breddeforståelse. Det må nevnes at noen av de målbare enhetene i studiene valgt er baserte på intervju med deltakerne, noe som fører til en liten tilstedeværelse av det kvalitative i disse studiene også.

Et annet krav til artiklene var at de skulle være basert på empiriske data med et systematisk utvalg. Empirisk forskning er en forskningsmetode som hovedsakelig går ut på at forskningen produserer resultater av nøyaktige data, hvor resultatene skal være kontrollerbare (Dalland, 2017). Et *systematisk utvalg* går ut på å sikre at resultatene av studien ikke blir påvirket av utvalg av data. Med andre ord; Data for studien kan ikke være valgt slik at det skaper en forutsetning for resultatene. Skal man sikre et relevant og helhetlig bilde av resultatene for en studie, bør man ha et tilfeldig utvalg av deltakere i studiegruppen. For å sikre dette forutsetter det at det er en viss størrelse på gruppen (Dalland, 2017). Friberg (2017) påpeker i denne sammenheng at studier med et systematisk og tilfeldig utvalg (RCT- randomized, controlled, trial) er de studiene som produserer de mest gyldige og evidensbaserte resultatene.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse effektivitet av behandling med ACT på pasientgrupper med symptomer på depresjon og angst, og da finne ut om ACT er en god behandlingsmetode. Artiklene som ble valgt har belyst akkurat dette, og konklusjonen er derfor at valget av artikler basert på kvantitativ metode var det riktige for denne oppgaven. Det var også valget av en integrativ litteraturoversikt, ettersom det var nødvendig å kunne sammenligne resultater for så å skape meg en helhetsoversikt over forskning, som da ville kunne belyse hensikten.

5.1.5 Studienes gjennomførelse

Som tidligere nevnt, tok alle studiene i bruk ulike metoder for å vurdere kandidatene som ønsket å delta, dette ved bruken av kartleggingsintervju og en generell vurdering av pasientene utført av psykologer og andre eksperter innen fagfeltet. For å gi studiene i oppgaven validitet, ble vurderingen basert på ulike spørreskjema som de potensielle deltakerne selv fylte ut. For å ikke la forutsatte tanker hos deltakerne ha en mulighet for å påvirke mottakelighet for behandling, valgte Arch et al. (2012) å ikke informere deltakerne i studien om hvilken behandlingsmetode som ble brukt i deres gruppe. Deltakerne var altså klar over, og hadde gitt medhold til, at de skulle ta del i en studie som omhandlet kognitiv terapi og metoder innen slik behandling, men de ble ikke informert om hvilken eksakt metode som skulle anvendes. De tre andre studiene benyttet testgrupper vs. kontrollgrupper eller ventelistegrupper. Én av disse tre studiene, da studien utført av Fledderus et al., (2012), benyttet seg av to ulike testgrupper for å avgjøre om mengde timer med behandling ville ha en større betydning på effekt. Én av testgruppene fikk mer omfattende veiledning, hvorav deltakerne i den andre testgruppen fikk mindre veiledning og i den forstand jobbet mer selvstendig i behandlingen. Denne studien fremsto som den svakeste av de fire, ettersom de valgte å behandle og veilede testgruppen kun via epost, og fordi majoriteten av deltakerne i testgruppen var kvinner med høyere utdanning. Det påpekes av forskerne selv i studien, at dette er med på å svekke validering av resultatene. De mener uansett at det er aktuelt å notere seg effekten da akkurat denne gruppen pasienter anses som høgt mottakelige for intervensjon basert på selvhjelp.

Alle studiene benyttet seg av spesialiserte dataprogrammer brukt innen kvantitativ forskning for oversikt og analyse av resultatene sine. Etske forhold ble ivaretatt i alle studiene ved at deltakerne ble skriftlig informert om studiene, at de deltok frivillig, og at all personlig informasjon ble anonymisert. Studiene fikk alle godkjenning fra forskningsetiske komiteer i forkant av oppstart.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdelen ble det presentert funn som følge av analysene av de utvalgte artiklene for oppgaven. Resultatene bekreftet at ACT er en effektiv behandlingsmetode for dem med depresjon og angstlidelser. Resultatene viste også at ACT som en behandlingsmetode har flere

supplerende effekter på overall mental helse, og at behandlingsmetoden kan være aktuell i større arena av psykiske lidelser. Videre vil disse resultatene diskuteres i sammenheng med aktuell litteratur og det vil suppleres med egne refleksjoner.

5.2.1 EA og livskvalitet

Studien til Bohlmeijer et al. (2011) og Fledderus et al. (2012), la spesielt vekt på resultater som gjaldt EA. Disse resultatene påviser at langtidseffekten av selve behandlingen totalt, er avhengig av effekten på EA. Samlet viser resultatene fra artiklene en betydelig bedring av EA hos deltakerne som mottar behandling med ACT. Som nevnt i teorikapittelet så ligger det i menneskers natur å undertrykke tanker og følelser som er ubehagelige. Dette fører til at mennesker med angstlidelser ofte unngår situasjoner der de har erfart at angsten tar overhånd, og som de opplever som vanskelige. Ikke sjeldent fører det da til isolasjon fra sosiale situasjoner og skaper et mønster som betydelig påvirker livskvaliteten til den det gjelder (Håkonsen, 2014). Det er også aktuelt å knytte EA opp mot pasientenes mestringssevne. I teorikapittelet kommer det frem at menneskers mestringssevne er en stor faktor i sammenheng med psykiske lidelser og symptomer som følger utfordringer med mestringssevne. EA er jo nettopp det som kjent oppstår når en ikke makter eller har kapasitet til å mestre en situasjon eller opplevelse. Så ved å oppnå en betydelig forbedring av EA, virker det naturlig at det også skifter pasientens fokus over på mestringssevne og åpner for viderebehandling av andre aspekter av ACT som omfatter ulike mestringsstrategier.

5.2.2 Psykologisk fleksibilitet

I studien utført av Arch et al. (2012), hvor ACT sammenlignes med CBT, kommer det frem i resultatene at effekten av ACT-behandlingen er lenger vedvarende enn behandling med CBT, og deltakerne som har mottatt behandling med ACT scorer betydelig høyere på forbedring i psykologisk fleksibilitet. Dette støtter opp et av hovedmålene ACT har som behandlingsform, nettopp det å øke pasientens psykologiske fleksibilitet (Stephen C. Hayes et al., 2006). Denne studien bemerker seg også ut fra resultatene, at deltakerne i ACT-gruppen hadde større sannsynlighet for å søke supplerende hjelp og behandling etter testperioden. Det blir konkludert av forskerne i studien at dette mest sannsynligvis kan relateres til ACT-metodens *seks grunnprosesser* og da spesielt de to siste som omhandler verdier, livskvalitet og forpliktende handling (Arch et al., 2012). Som beskrevet i teorikapittelet, er de seks grunnprosessene

utviklet spesielt innen ACT-behandling med et mål om å oppnå psykologisk fleksibilitet (Hayes et al., 2006).

De tre andre studiene vektla ikke resultater på samme måte når det gjaldt psykologisk fleksibilitet. Det kan tenkes at grunnen til dette er nettopp at EA som et spesifikt behandlingsmål får et større fokus i disse artiklene. Siden psykologisk fleksibilitet da er en del av veien eller et verktøy for å nå dette målet, blir det ikke lagt like mye vekt på som en «målbar enhet» i disse studiene.

5.2.3 Kommunikasjon i behandling

Det kan sies at kommunikasjon er sentralt i pasient-behandlerforhold. Det er også beskrevet i teoridelen at kommunikasjon er en viktig del av det å behandle pasienter. Samtidig blir det påpekt at det å lytte til pasienten og anerkjenne dens følelser og bekymringer er essensielt for å skape et tillitsforhold mellom deg som behandler, og pasienten (Eide & Eide, 2018). Studiene valgt til oppgaven spesifiserer ikke særtrekk eller struktur på kommunikasjonen, men henviser til ACT-metode som grunnlag for struktur av behandlingen, som også da innebærer *de seks grunnprosesser* (også forklart i teoridelen).

I studien til Fledderus et al. (2012), ble det valgt å undersøke effektiviteten av behandling med ACT i form av veiledet selvhjelp («guided self help»). Da dette er en interessant tilnærming som det absolutt er aktuelt å vite om fungerer i praksis, kan man også stille seg kritisk til forskernes valg av kommunikasjon i denne studien. Dette fordi å kommunisere med deltakerne via epost ikke nødvendigvis fremstår som den mest gunstige til å kunne skape et solid forhold mellom behandler og pasient. På bakgrunn av det vi vet om relasjoner og tillit, og dens viktighet innen psykoterapi (Harris & Jakobsen, 2010), så spekuleres det om resultatene muligens kunne blitt annerledes dersom det hadde blitt benyttet en mer personlig kommunikasjonsmetode som for eksempel via telefon eller personlige møter. Ved å legge mye av arbeidet i pasientens hender, må man da kunne stole på at de klarer å utføre oppgavene tildelt i behandlingsopplegget. Det er med en slik metode heller ikke lett å kartlegge hvordan pasienten reagerer på behandlingen underveis uten å da kunne observere pasienten og ha mulighet til å kunne tolke non-verbale signaler. Med kunnskap om at pasienter med psykiske lidelser ofte har et nedsettende destruktivt tankemønster hvor man tviler på egne evner, virker det risikabelt å ikke kunne få observert pasientens respons underveis, og da stole på at de følger ønsket

utvikling i behandlingsperioden. Det kan på en annen side hende, at ved å stille pasienten delvis ansvarlig for egenbehandling og oppfølging, så kan en øke pasientens egen mestringsfølelse og selvtillit, og da dempe de negative holdningene pasienten har mot seg selv.

Siden resultatene av studien påviser at ACT er effektivt i form av veiledet selvhjelp (Fledderus et al., 2012), bør det ikke sees bort fra at mestring *kan* være en aktuell faktor i resultatene. Studien spesifiserer ikke målinger på akkurat dette området, så det er åpent for refleksjon.

I de tre andre utvalgte studiene kommuniserer behandlerne direkte med pasientene, hvorav den ene studien har satt opp behandlingen i en gruppesetting.

5.2.4 Mening og mestring til veien videre

Mye av hensikten med ACT er å tilføre mening og verdi til pasientens liv og overall tenkemåte. I teoridelen beskriver jeg i de seks grunnprosessene, *Verdiprosessen* og det å sette seg mål gjennom *forpliktende handlinger* (Stephen C. Hayes et al., 2006). Som poengtert over i henhold til Fledderus et. al (2012) sin studie, kan man på bakgrunn av dette resonnerer seg frem til at mestring fremstår som et resultat av disse prosessene. Resultatene fra studiene viser alle til en forbedring av faktorer som virker inn på livskvalitet, som angst, utmattelse, og depressive tanker. Tre av studiene legger vekt på etterlevbarhet av behandlingen. Selv om de fulgte opp pasientene etter alt fra tre måneder til ett år, beskriver de selv i diskusjonsdelen sin at det finnes et behov for videre forskning som følger opp pasientene over en lengre periode etter endt behandling (Arch et al., 2012; Bohlmeijer et al., 2011; Fledderus et al., 2012).

6.0 Anvendelse i praksis

Tidlig intervensjon i praksis

I løpet av denne pandemien har fokuset på psykisk helse økt betydelig, og spesielt på gruppen studenter og yngre voksne som nå statistisk sett sliter med følgene av pandemien. I mediene fremkommer det mye snakk om isolasjon og uvisshet om fremtiden.

Ved tidlig intervensjon kan man unngå at lidelser utvikler seg, og man kan potensielt i mange situasjoner unngå unødvendig bruk av medikamenter som oftest da psykofarmaka. Viser her til teoridelen av oppgaven som også legger vekt på at rusmidler ikke er uvanlig å ty til ved slike lidelser for å forsøke å få emosjonell kontroll (Harris & Jakobsen, 2010). En vil sannsynligvis også kunne unngå en større bruk av dette dersom en starter opp behandling i et tidlig forløp. Både reduksjon i medikamentbruk, rusmidler og overall effekt av tidlig intervensjon vil også høyst sannsynlig være med på å minske den økonomiske byrden på helsevesenet.

Et digitalt alternativ

Det er tydelig at den digitale alderen er her for å bli, og det virker som om den yngre generasjonen har vendt seg til å kunne bruke digitale hjelpemidler i hverdagen til hva det enn må være de har behov for. Det å gjøre behandlingen mer tilgjengelig for dem kan være av stor betydning i forhold til hvor mange som vil oppsøke hjelp. Mer synliggjøring på nettet og markedsføring via sosiale medier kan være et vendepunkt for statistikken over hvor mange som oppsøker hjelp tidlig. Et tilbud rettet mot behandling online med ACT via en videoplattform kunne vært aktuelt. Det er ikke utenkelig at et slikt tilbud kan være en del av fremtiden innen denne formen for behandling. Spesielt da ved tidlig intervensjon og ved oppfølging etter endt behandling.

For å kunne øke sannsynligheten for at dem som har behov for det vil søke hjelp, digitalt eller ikke, vises det til noe som blir fremhevet i diskusjonsdelen i Fledderus et al. (2012) sin studie; Siden ACT fokuserer på fostring av *Positive Mental Health* og ikke averteres som en behandling mot «sykdom» (som ofte kan tolkes som et negativt ladd begrep), mener de at det er mer sannsynlig at mennesker med behov for hjelp vil akseptere og oppsøke denne behandlingsmetoden. Ettersom psykiske lidelser tilsynelatende ofte blir forbundet med stigmatisering, vil det sannsynligvis være avgjørende å kritisk vurdere hvordan man vinkler

behandlingsmetoden når en skal «selge» ACT som en behandlingsform, og da sette i fokus det å formulere behandlingen på en positiv måte.

Bruk av ACT i instanser

Til tross av at det er funnet litt informasjon fra norske kilder om bruken av ACT innad Norge, kan det diskuteres at man sitter igjen med et generelt inntrykk om at ACT *er i ferd med* å få fotfeste seg som behandling her til lands. Det er dessverre ikke mye å finne av konkrete tilbakemeldinger fra behandling, men det som er funnet av resultater og omtaler stemmer overens med resultatene som kom frem av å analysere artiklene om behandlingsmetoden. Det foreligger derfor rom i psykisk helse i Norge til å ta i bruk ACT, noe som på sikt vil kunne oppleves som svært gunstig.

For å implementere ACT som behandlingsform hos instanser innen psykisk helse kan en gjøre følgende;

- Internundervisning for personell om ACT som behandlingsform
- Opplæring og kursing av ACT metoder hos personell

For å følge opp behandling og sikre oppfølging på lang sikt kan en;

- Oppfølging underveis av personell for å sikre korrekt og tilstrekkelig bruk av metoden
- Overall systematisk evaluering av behandlingen

På bakgrunn av resultatene konkluderes det med at selv med et behov for videre forskning på langtidsvirkning av ACT, så er behandlingsmetoden effektiv i behandling av pasienter med depresjon og angstlidelser. Det vil forhåpentligvis være et mer omfattende bruk av ACT i behandling i fremtiden, og det blir spennende å se om det kommer til å forskes videre på langtidseffektene av behandlingen.

Litteratur

Aarre, T. F. (2018). *Psykiatri for helsefag* (2. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Arch, J. J., Davies, C., Eifert, G. H., & Plumb Vildaraga, J. C. (2012). Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 750–765.

Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(1).

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J. S., Rief, W., & Frostholt, L. (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: A randomized controlled trail. *Psychological Medicine, 46*, 103–115.

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 42*(3).

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Forfattarna och Studentlitteratur.

Folkehelseinstituttet (2019). Fakta om Angst. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angst/>

Helsenorge (2018). Angst og Angstlidelser. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/>

- Harris, R., & Jakobsen, T. N. (2010). Omfavn dine demoner og følg ditt hjerte – en introduksjon til aksept og forpliktelsesterapi. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 7(3).
- Hayes, Stephen C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, Steven C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 45, 639–665.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1–8.
- Rousmaniere, T. (2021). Steven Hayes on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Hentet fra <https://www.psychotherapy.net/interview/acceptance-commitment-therapy-ACT-steven-hayes-interview>
- Svartdal, F. (2020). Betinging. Hentet fra <https://snl.no/betinging>
- What is Positive Health? (2013) Hentet fra <https://positivehealthresearch.org/about>
- World Health Organization (2020). Depression. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization (2020). World's largest youth organizations, representing 250 million members, and WHO launch global mobilization to respond to disruptive impacts of COVID-19 on young people. Hentet fra

<https://www.who.int/news/item/14-12-2020-world-s-largest-youth-organizations-and-who-launch-global-mobilization-to-respond-to-disruptive-impacts-of-covid-19-on-young-people>

Vedlegg 1. Oversiktstabeller over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial.
Tidsskrift/årstall	Behaviour research and therapy, 2011-01, Vol.49 (1)
Forfattere	E.T. Bohlmeijer, M. Fledderus, T.A.J.J. Rokx & M.E. Pieterse
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Sykdommen depresjon står for en stor del av sykdomsbildet verden over og er mest utbredt i i-land hvor flest mennesker har mellom til høy inntekt. Depresjon er assosiert med høye kostnader og et utbredt behov for helsetjenester. Ved å jobbe proaktivt med å behandle depresjon i startfasen kan en minske byrden på helsevesenet og sykdomsbildet til pasientene.
Hensikt	Hensikten med studien er å finne ut om behandling med ACT (Acceptance and Commitment Therapy) i et tidlig til middels forløp av depresjon (hvor pasienten viser symptomer og tegn til depresjon men ikke har blitt diagnostisert), kan bremse en videreutvikling av sykdomstilstanden og hindre at pasienten får en klinisk depresjon/diagnose.
Metode	Kvantitativ tilnærming. Voksne med milde til moderate depressive symptomer i aldersgruppen 18 + ble rekruttert til å bli med i studien. 140 stk. rekruttert, 47 ekskludert fra studien fordi de møtte kriterier for eksklusjon (1. At de allerede mottok behandling. 2. At de ikke hadde typiske symptomer på depresjon. 3. At de ikke møtte på alle behandlingene i studien). Effekt av behandling ble monitorert/målt flere ganger: Under behandling, rett etter behandling, 3. mnd. etter og 5. mnd. etter.
Resultater	1. Statistisk sett en betydelig reduksjon i depressive symptomer hos deltakerne i studien. 2. Effekt og virkning holdbar ved oppfølging av testgruppen etter 3 måneder. 3. I tillegg betydelig reduksjon av angst og utmattelse hos deltakerne.
Konklusjon	Resultatene viser at tidligbehandling basert på ACT er effektivt når det gjelder å redusere depressive symptomer.

Artikkel 2	
Tittel	Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial
Tidsskrift/årstall	<i>Psychological Medicine</i> , 2012, 42(3), 485-495.
Forfattere	M. Fledderus, E. T. Bohlmeijer, M. E. Pieterse and K. M. G. Schreurs.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Sykdommen depresjon står for en stor del av sykdomsbildet verden over og er mest utbredt i i-land hvor flest mennesker har mellom til høy inntekt. Depresjon er assosiert med høye kostnader og et utbredt behov for helsetjenester. Ved å jobbe proaktivt med å behandle depresjon i startfasen kan en minske byrden på helsevesenet og sykdomsbildet til pasientene.
Hensikt	Hensikten med studien er å finne ut om behandling med ACT (Acceptance and Commitment Therapy) i et tidlig til middels forløp av depresjon kan bremse en videreutvikling av sykdomstilstanden og hindre at pasienten får en klinisk depresjon/diagnose. I denne studien i form av digital veiledning/behandling og oppfølging via epost (som også oppfordrer til delvis selvhjelp «guided self help»).
Metode	Kvantitativ tilnærming. Voksne med milde til moderate depressive symptomer i aldersgruppen 18 + ble rekruttert til å bli med i studien (Via annonse i avis) . 507 stk. rekruttert, et flertall ekskludert fra studien fordi de møtte kriterier for eksklusjon (1. At de viste tegn til en alvorligere depresjons og/eller angstlidelse som ville behøve mer intens behandling. 2. At de ikke hadde typiske symptomer på depresjon eller få symptomer. 3. At de allerede mottok en form for behandling. 4. At de hadde høy risiko for suicidalitet.) En total av 376 deltakere i studien, delt inn i 3 grupper: Effekt av behandling ble monitorert/målt flere ganger: Under behandling, rett etter behandling og etter 3. mnd.
Resultater	Resultatene viser at tidligbehandling basert på ACT er betydelig effektivt når det gjelder å redusere depressive symptomer, angst, utmattelse (fatigue), «experiential avoidance» (og bedrer overall mental helsetilstand og mindfulness.
Konklusjon	Det ACT-baserte selvhjelpsprogrammet fungerer best hos pasienter med milde til moderate tegn/symptomer på depresjon.

Artikkel 3	
Tittel	Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial
Tidsskrift/årstall	<i>Psychological Medicine</i> (2016), 46, 103–115.
Forfattere	T. Eilenberg, P. Fink, J. S. Jensen, W. Rief and L. Frosthalm
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Helseangst er en fremtredende angstlidelse. Lidelsen blir sjeldnere diagnostisert målt opp mot andre angstlidelser og psykiske lidelser, og en ser tendenser av en negativ holdning mot denne pasientgruppen.
Hensikt	Det har tidligere vist seg at ulike former for CBT (cognitive behavioral therapy) behandling har vært nyttig og effektivt når brukt i behandling for pasienter med helseangst. Hensikten med denne studien er å finne ut om behandling med ACT (Acceptance and Commitment Therapy) har effekt på helseangst.
Metode	Kvantitativ tilnærming. Rekruttering av et utvalg pasienter med variabler i kjønn, alder o.s.v. som var blitt henvist til klinikk for psykiske lidelser på Universitetssykehuset i Aarhus, DK. Utvalgte pasienter møtte forhåndssatte kriterier, og hadde ingen av eksklusjonskriteriene. Pasientene ble ved tilfeldig utvalg plassert i testgrupper. Halvparten i grupper som skulle motta behandling, den andre halvparten i ventelistegruppe/kontrollgruppe. Jevnlig behandling 14 dager. En periode på 4 mnd. Effekt av behandling ble monitorert/målt flere ganger: Under behandling, rett etter behandling og oppfølging etter 7 og 10 mnd.
Resultater	Artikkelen påviser betydelig effekt på pasienter/deltakere som fikk behandling med ACT vs. pasienter som ikke mottok behandling, også ved oppfølging.
Konklusjon	Behandling med ACT er effektivt til behandling av pasienter med helseangst.

Artikkel 4	
Tittel	Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders
Tidsskrift/årstall	<i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> (2012), Vol. 80, No. 5, 750-765.
Forfattere	J.J. Arch, C. Davies, G. H. Eifert, J.C. Plumb, R.D. Rose and M.D. Craske
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Til tross for at CBT (Cognitive Behavioral Therapy) er effektivt mot behandling av pasienter med angstlidelser, er det fremdeles en betydelig andel pasienter som ikke responderer til denne behandlingen, eller som får tilbakefall/søker tilleggsbehandling etter behandling/samtidig som de mottar behandling med CBT.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å finne ut om ACT kan være en alternativ behandlingsform og derfor da måle disse to formene (CBT vs. ACT) for kognitiv behandling opp mot hverandre i form av effektivitet/resultater ved behandling av pasienter med angstlidelser. Flere tidligere studier har gått inn på å undersøke effekt av både behandling med CBT og ACT, men ingen studier har direkte satt seg inn i å sammenligne den anerkjente CBT behandlingen med den «nyere» formen for behandling av samme rot, som da er ACT.
Metode	Kvantitativ tilnærming. Rekruttering av et utvalg pasienter (143) med ulike angstlidelser. Variabler i kjønn, alder o.s.v. Tilfeldig plassering i to grupper (uvisst for pasientene) ACT vs. CBT. Et flertall ekskludert fra studien fordi de møtte kriterier for eksklusjon bl. annet at de viste tegn til en alvorlig depresjon, suicidalitet, Bipolarlidelse og eller en psykoselidelse. Gjenstående 91 stk. Effekt av behandling ble monitorert/målt flere ganger: Under behandling, rett etter behandling og etter 6. & 12. mnd. Studien utført på UCLA (Anxiety Disorders Research Center).
Resultater	Artikkelen påviser betydelig effekt på begge pasientgrupper som fikk behandling med ACT <u>og</u> CBT. Det påvises noen forskjeller i resultater på ulike fokusområder i behandlingen hvor den ene behandlingsmetoden har superioritet over den andre og vice versa.
Konklusjon	Begge metodene er effektive for å behandle pasienter angstlidelser, og ACT kan være en like god behandlingsform som den tradisjonelle CBT.