

接受與承諾治療 (ACT) : 第三波的行為治療

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) : The Third Wave of Behavior Therapy

鄭來長¹
Lai-Chang Cheng¹

摘要

人生難免有痛苦，痛苦可能大部分來自非生理層面的因素，即來自心理功能的失調，甚至是交雜以生理與心理因素交互作用的結果，當然個人身處的環境脈絡與語彙的運作更是重要因素之一。人所不想要的想法、感受與感覺，是心理疾病的主要來源，透過正念的作用，健康個體心理的調和可能更甚於具體藥石或其他因素。因此產生了第三波的行為治療方法。第三波行為治療時期雖然包括數種名稱不同的行為治療方法，但主要的還是以Hayes所發展出來的接受與承諾治療（acceptance and commitment therapy, ACT）為代表。本文透過蒐集與閱讀相關文獻，整理出行為治療的三個浪潮——運用行為主義原理的治療、認知治療與ACT治療——的內容，並對ACT的理論基礎——功能情境論與關係架構理論（RFT）做簡要說明，接著將介紹重心轉至ACT的六個核心歷程——接受、認知化解、接觸當下、自我即脈絡、價值以及承諾行動，並敘明ACT的核心目標在於心理的靈活性（psychological flexibility）。其次介紹有關ACT的測量及簡要敘述其效果。

關鍵詞：接受與承諾治療法（ACT）、行為治療、認知行為治療（CBT）、關係架構理論（RFT）、行為主義、功能情境論（functional contextualism）、正念（mindfulness）

¹國教署副署長

通訊作者：鄭來長，（231）新北市新店區光華街8巷22號7樓，Email：jerry113@mail.k12ea.gov.tw

壹、前言

接受與承諾治療（acceptance and commitment therapy, ACT）已被認定為第三波行為治療最具代表性的治療模式（Hayes, 2004），甚受臨床醫師的歡迎（Chris Cullen, 2008）。它源自史基納（Skinner）的極端行為主義，強調正念（mindfulness）與接受（acceptance）、承諾與行為改變，駁斥傳統認知行為治療（CBT）所強調的，以為去除不當想法或感覺，就能回歸正常的心理與生活；認為人的一生難免會經驗到挫折、失望、失敗、疾病、傷害與年老，未來也會面對自己與至親的死亡；主張一個人要（一）接受負面想法與情緒現實的存在，（二）化解認知上的混淆，（三）接觸當下，（四）從環境脈絡中充分了解與超越自我，以及（五）依照所選定的生活價值展開行動。它教導人們如何透過正念能力（mindfulness skills）更有效的掌控痛苦（Russ Harris, 2009）。

Steven C. Hayes為ACT的創建者及最突出的闡述者（Chris Cullen, 2008），他所發展出來的ACT直接挑戰Mahoney的認知行為治療（CBT）和Ellis的理情治療（rational emotive therapy）、Beck的認知治療（cognitive therapy），以及Bandura的社會學習理論（social learning theory）等認知行為治療法（CBT）（Chris Cullen, 2008）。他將ACT定義為：

ACT是一種功能情境的治療方式（functional contextual therapy approach），以關係架構理論（Relational Frame Theory, RFT）為基礎，認為人類的心理問題基本上就是由認知混淆（cognitive fusion）與經驗逃避（experiential avoidance）而引發心理缺乏靈活性（psychological inflexibility）的問

題。在醫病治療關係的情境中，ACT透過直接的突發事件（contingencies）與間接的語彙歷程（verbal processes）來促使一個人更具心理靈活性；而它主要是透過接受、認知化解、自我超越感覺的建立、接觸當下、建立價值，以及依此價值而建構更大承諾行動的歷程。簡言之，ACT係運用接受（acceptance）與正念（mindfulness）、承諾（commitment）與行為改變（behavior change）的歷程，來增進一個人的心理靈活性（Chris Cullen, 2008, p.5; Patricia A. B., et al., 2008, p.6）。

本文首先對行為治療的歷史作一檢視，亦即將其歷史劃分為三個浪潮—行為主義行為治療、認知行為治療以及接受與承諾治療（ACT），再敘述ACT的理論基礎，接著介紹ACT的六個核心歷程及其測量，最後就其治療效果方面作簡單敘述及作結語。

貳、行為治療發展的三個浪潮

1964年，Eysenck將行為治療定義為：「依照現代學習理論的原理原則，以有益的方式，企圖改變人的行為與情緒」（Patricia A. B., et al., 2008, p.19）。Yates也指出：「行為治療試圖有系統地利用實證與理論的知識……，來解釋異常行為的發生與維持，並進行單一個案控制性的實驗研究，除了描述其情況之外，亦進行矯治（Yates, 1970, p.18）」。儘管至今沒有唯一的「行為治療」定義可獲得行為治療社群一致的贊同，但若依照上述的定義，ACT的確可穩固地納入行為治療的社群裡（Patricia A. B., et al., 2008）。

行為治療的發展可概略區分為三個浪潮或三個世代（Hayes, 2004）。其劃分係基於討論現代行為治療的需要而定的，就像將人的生長與發展劃分為兒童期、青少年期、成年期與老年期一樣，

各時期的變化雖有實質上的不同，但實體（人本身）上仍然是同一個人，其發展是漸進式的。行為治療的發展亦然，是演進式的，有其歷史脈絡可探尋。因此，實際面對時，「輕握」（Hold it lightly）即可，不必作截然嚴明的劃分（Patricia A. B., et al., 2008）。

一、第一波

依Hayes的區分，第一波行為治療係指行為主義時期。該時期起於巴夫洛夫（Pavlov）對狗做唾液分泌的古典制約學習實驗研究，以及華生（John B. Watson）的小艾伯特（Little Albert）實驗。後來Skinner提出了操作制約理論，是為行為主義的全盛時期。此時期對於行為治療是採取刺激取替、增強、懲罰、消弱、行為塑造等方式，把不想要的想法、感覺等心理上的負面個人事件（private events）予以消除。

然而，此時期在行為治療上所遭遇的挑戰在於：（一）問題的形成與解決並非一定經過制約及增強等歷程，具有高能力的人可能沒有特定的制約經驗，甚至有人反其道而行，刻意追求痛苦或不愉快的經驗。（二）人類會逃避接受制約，因此，運用此時期的制約方法，在行為治療上會發生困難。（三）複雜的人類思考，非行為學派的理論所能完整解釋，僅用制約等方法來處理臨床上行為治療的問題是不完整的。

二、第二波

（一）認知治療的論點

第二波行為治療係指認知行為治療（cognitive behavior therapy, CBT）。1958年，A. E. Ellis提出了一種認知治療

法，建議臨床醫師藉由教導病患改變其思考來解決心理問題，此理論稱為「理情行為治療」（rational emotive behavior therapy, REBT），認為病患在生活中若存有非理性的信念，則會產生負向的情緒與行為；假如用理性的信念來取代非理性的信念，即可改善情緒，表現出適當的行為，身處逆境時，他就能化解心理的困境。這種介入治療方法類似於1960年代早期Beck所提出的，個人常常被他們對世界、對自我的扭曲所產生的錯誤認知所影響。

第二波的認知治療也稱為A-B-C模式，亦即在環境中若發生事件A，個人以其所認定的信念B（beliefs, B）來解釋A，當信念B是非理性的或不完美的時候，就會引發消極的或不健康的結果C（consequence, C）。認知治療者認為此種治療模式是立基於理性哲學，Beck和Ellis均引用古希臘斯多葛學派哲學家Epictetus（AD 55-138）的話來說明這種理性方法：「人不是被外物所困擾，而是被他對外物所持的觀點所困擾」（Man is disturbed not by things, but by the views he takes of them.）。這種治療方法的哲學論點也可引用以下的名言來了解（Patricia A. B., et al., 2008）：

- 宇宙是變的，我們的生活由我們的思想構成（The universe is transformation; our life is what our thoughts make it. Marcus Aurelius, AD 121-180）。
- 沒什麼大不了的事，非好即壞，只因思考致之（There is nothing either good or bad but thinking makes it so. Shakespeare, 1564-1616）。

因此，Beck認為，若一個人擁有扭曲的認知，他就相當有可能產生負向的情緒，只要改正認知的扭曲，就會改進臨床上的治療效果。Ellis的理情行為治療法也認為，思考會影響感覺，假如一個

人持有非理性信念B，只要透過辯證或體驗的技術，以理性的信念B'來取代非理性的信念B，就會得到適當的結果C'（取代原有的結果C），在臨床上即會獲得改進的治療效果。

（二）認知治療真的有效嗎？

然而，認知治療的科學性也受到質疑，其介入方法的設計被認為是由上到下（top-down）而非由下到上（bottom-up）的方法。Dobson & Khatri（2000）在《Cognitive Therapy: Looking Forward, Looking Backward》一文裏也談到「認知治療有效的因素是什麼？」結果CBT的人員回答：這問題在現在沒有答案（p.912）。Longmore & Worrell（2007）在《meta-analysis reviewed cognitive therapy research》中也指出：CBT把一個人認知的改變當作病症改善的原因，是很少有實證性支持的（p.173）。

CBT也被比擬作有如18世紀的燃素（phlogiston）理論一樣。燃素是氧氣被發現以前，人們認為它存在於可燃物內的一種物質。事後發現根本沒有燃素存在，火是氧氣、熱與燃料一起作用的結果。在燃素理論盛行時期，人們真的能夠點燃煙斗，把水煮開、點燃營火，雖然無燃素存在，但燃燒的原理解釋得似乎很合理。理論竟然構建於錯誤的原理原則。認知治療法認為心理失調是非理性的想法、信念等致之，改變非理性的想法、信念，就可去除心理問題，這確實受到部分人士的質疑（Patricia A. B., et al., 2008）。

另一方面，接受認知治療的病患也不是人人都有效。Wegner et al.（1987）表示，施以認知治療時，透過想法的壓制或改變試圖改善心理問題，反而可能讓一個人不想要的想法更纏繞於心。西洋有句俗諺：「蘋果掉落不會遠離這棵樹」（The apple does not fall far from the

tree.），試圖遠離負面的想法時，對某些病患來說，這想法卻偏偏縈繞於心。

另外，Hayes對CBT也提出了批評：1.CBT是機械論的方法；2.CBT聚焦於「症狀」；3.CBT弱於連接到基礎的認知科學；4.CBT的技術未能自基礎的科學研究中顯現出來；5.CBT不被要素（component）分析的研究所支持；6.CBT的病況改進常常在認知介入之前發生；以及7.CBT改變的假設性機制沒有獲得良好的支持（Brandon A. G., 2011）。因此，他提出了ACT，是為第三波的行為治療。

三、第三波

在第三波行為治療裡，最為眾所周知的是Hayes所提出的ACT治療法。此其中尚有其他相關治療方法，如：功能分析精神治療（functional analytic psychotherapy, FAP）、辯證行為治療（dialectical behavior therapy, DBT）、正念本位認知治療（mindfulness-based cognitive therapy, MBCT）、功能促進認知治療（functionally enhanced cognitive therapy, FECT），以及行為激發治療（behavioral activation therapy）等，這些治療法驅動行為治療至一個新的時代。此等治療方法概以運用正念（mindfulness）、接受（acceptance）、辯證（dialectic）、靈性（spirituality）等方式，漸漸成為臨床行為治療方法的一部份。

在本文後半部將會針對ACT做進一步的說明，在此先不詳述。

參、ACT的理論基礎

ACT的理論基礎包括功能情境論（Functional contextualism）及關係架構

理論 (relational frame theory)。以下進一步做說明。

一、功能情境論

情境論者認為，客觀實體無法全然被了解 (Paul E. F., et al., 2011)，由於許多因素的作用，會造成個人對客觀實體的錯誤認知，要真正了解客觀實體，必須在個體所處的脈絡中才能真正的了解，其了解也才有意義。吾人在探討事物時，應「在脈絡中不斷進行」(ongoing act-in-context)，要重視的是「行為—環境」關係，而非割離的每一個部分。

客觀實體雖無法完全被了解，但「知」仍然是人類持續的願望並實際付諸行動，試圖達到預測與控制的目的。關心預測與控制的情境論者，稱之為功能情境論者 (functional contextualist)，他們站在情境論的實用主義立場 (Paul E. F., et al., 2011)，主張一個未含情境的行為分析是沒意義的，就像不含個體的環境分析一樣沒有意義。因此，ACT強調對病患的了解必須在其所處的情境中，並作歷史性的了解，以達成預測與控制的效果。

二、關係架構理論

關係架構理論 (RFT) 是有關人類語彙的 (verbal) 與認知的功能情境論。個人的心理問題多為語彙與認知失調的問題，心理治療必須了解病患的語彙與認知，以及其中相關刺激的關係架構，而且其了解必須在病患所處的情境脈絡中進行。

(一) 重要概念

1. 關係反應 (relational responding)

事實上，個體一直在為其見所思的事物定關係架構，亦即個體基於事物的

大小、顏色、形狀、聲音、構造、效用、價值、吸引力等，來了解事物之間的關係。例如，馬跑得比人快、人比動物聰明、小明解決問題的能力全班最強、A在B之東等。個體確定了刺激之間的關係架構後，其行為反應即依此關係架構。

關係反應非人類所獨有，但複雜的關係反應確為人類所專屬。動物能認得團體內每一成員，但無法描述自己與其母親的姊妹的孩子的孩子之間的關係。一些動物能觀察環境，以聞或聽的方式確知食物的方位或掠食者位置的訊息，但只有人類，活於今日卻能讀懂二千多年前亞里斯多德著作的內容，或使用羅塞塔石 (Rosetta stone) 解釋象形文字。

動物顯現關係反應主要是透過制約辨別 (conditioned discrimination)，而人類則透過衍生關係反應與制約辨別。

2. 制約辨別 (conditioned discrimination)

「制約辨別」係指個體了解二個刺激之間的關係而做出選擇性反應。例如，狗主人老王訓練他的狗 (小黑) 能在一組特定刺激 (棍子) 之間選擇較大者。當老王丟出兩支或更多支棍子，若小黑叼回其中大者，則老王再丟出該棍子讓小黑追逐。若小黑非叼回大者，即予忽視。如此練習多次，小黑每次都能叼回大的棍子。經多次訓練，不管棍子的數量、大小、組合方式，透過訓練，小黑學會了只叼回棍子中大者。老王也可依此方式訓練小黑叼回顏色淡的棍子或軟質的棍子。小黑熟練的與刺激建立了關係，這是透過制約辨別建立關係反應的型式。

3. 衍生關係反應 (derived relational responding)

衍生 (derived) 意指「自事實或假設進行推斷」(inferred from facts or

premises），是相對於直接的經驗。例如，某人喝了檸檬汁後再喝蜂蜜，他學會了「檸檬汁比蜂蜜酸」，同時他也會衍生了解「蜂蜜比檸檬汁甜」。又如某人被告知大明個子大於小玲，他雖沒直接看見大明與小玲本人，但他會衍生反應認為小玲的個子小於大明。一般的動物只能學會制約辨別的反應，只有人類學會了包含運用語言與抽象推理的衍生關係反應。

4. 隨意與非隨意 (arbitrary & nonarbitrary)

「制約辨別」與「衍生關係反應」之間主要的差異是，前者是對刺激做出「非隨意」(nonarbitrary)的反應。「非隨意」係指個體(如動物)只能在各種可能的行為選擇中，依照刺激的物理特性或外在樣貌，透過對刺激物的了解而直接選擇行為表現。狗可選擇較大的棍子，鴿子可選擇較明亮的燈，老鼠可選擇較溫暖的杯水。對大小、明亮、溫度作制約的反應都是「非隨意」的。而人類能學會「隨意的關係」(arbitrary relations)。以apple為例，apple雖是一個字，但這個字對不同的人來說，可能不完全等同於蘋果這個物體，它更可能包含語言的發聲、顏色、滋味，甚至是蘋果曾給他的痛苦或快樂經驗。因此，apple對於人已經產生了「隨意」轉變的事實。在不同的人，不同的情境，apple可能會有不同的關聯意義，以及不同的衍生關係，一個人對apple作反應已變成具有「隨意的」的特性。人類面對刺激，係依其「隨意的」特性而反應，非如動物係依刺激原本的物理特性作「非隨意的」的反應。

5. 隨意與隨意可運用 (arbitrary and arbitrarily applicable)

「隨意」(arbitrary)意指可依個人的意思作出反應。例如，蝙蝠、黑寡婦

蜘蛛和美洲豹是黑色的，這不是隨意的。但，說英語的人稱黑色為black是隨意的，同樣的，德語「schwartz」、西班牙語「negro」、法語「noir」都是黑色，都是隨意的，你也可自創一字來表示「黑色」。

而「隨意可運用」(arbitrarily applicable)意指刺激之間的關係是建立在社會的慣例(social convention)。如果在說英語的環境自行將黑色稱為nildy，那麼黑寡婦蜘蛛、美洲豹的顏色為nildy，黑色星期五為nildy Friday，這是隨意的，但是若這樣，我們將無法和別人溝通，因為與別人溝通必須建立在「隨意可運用」的原則上。語言雖是隨意的，但通常不能隨意運用。所以，「你可以依你的選擇稱呼任何事物，但你可能不能任意為之」(You can call something whatever you choose to, but you probably won't.)。

(二) 事物之間的關係型式

在RFT的理論中，除前述之重要概念外，亦包括事物之間的關係型式。

1. 雙向關聯 (mutual entailment)

所謂雙向關聯，謹舉例說明。若 $A > B$ ，則 $B < A$ ；若 $A = B$ ，則 $B = A$ ；若 $A \subset B$ ，則 $B \supset A$ ；若A在B之西，則B在A之東；若狗 \subset 犬科，則犬科 \supset 狗；若Chicago在New York之西，則New York在Chicago之東。一般來說，除特別訓練的動物外，僅人類具有這種雙向關聯的能力。

2. 組合關聯 (combinatorial entailment)

所謂組合關聯，舉例而言，若 $A > B$ 且 $B > C$ ，則 $B < A$ 且 $C < A$ ；若 $A = B$ 且 $B = C$ ，則 $A = C$ ；若 $A \subset B$ 且 $B \subset C$ ，則 $B \supset A$ ， $C \supset A$ 及 $C \supset B$ 。若A在B之西，B在C之西，則B在A之東，且C在A與B之東。再如：若房子比汽車貴，且汽車比

鞋子貴，則房子比鞋子貴，且汽車比房子便宜，鞋子也比房子便宜。若Yorkshire terrier屬於狗的一個品種，且狗屬於犬科，則Yorkshire terrier屬於犬科。若Chicago在New York之西，且New York在London之西，則New York在Chicago之東，且London在Chicago與New York之東。將相互關聯組合起來的能力是語言上的一項功能，這些能力是學得的行為。

3. 刺激功能的轉移 (transformation of stimulus functions)

關於刺激功能的轉移，舉例說明之。若刺激A在某脈絡裡有一個特別的心理功能，且刺激B的特性類似於刺激A，則刺激B將具有類似於A的心理功能。若刺激A會引發某人焦慮，且某人已學得刺激B與刺激A相同，則刺激A的心理功能將被轉移至刺激B，因此，刺激B也會引發某人焦慮。再者，若刺激A有一個特別的心理功能，且刺激A小於刺激B，則刺激B將產生更大的心理功能。例如，對獅子犬（刺激A）感到害怕的女孩被告知將拜訪鄰家，而鄰家有一隻更大的聖伯納犬（刺激B），那麼該女孩將引發更大的焦慮。

(三) 刺激功能的轉移與臨床工作

謹舉一例說明。有一體形瘦削的病患，在13歲以前，他所聽到有關類固醇的評價都是負面的，此時對他而言，類固醇與「不好的」聯結。某日他所敬重的人說：「類固醇可以让你長壯」。因為「長壯」是他要的，是正面的評價，因此「類固醇」現在與「長壯」聯結，他也開始服用類固醇，他也真的長壯了，「類固醇」的功能從「不好的」轉移為「好的」。後來他可能受苦於使用類固醇所發生的副作用，例如心肌變大、不孕、過早禿髮以及其他副作用。

然而，對他而言，類固醇的功能（好的）可能比副作用的後果（不好的）更占優勢。依RFT的論點，此病患的思考與行為可能已被類固醇與正面評價所掌控了。此時，必須透過ACT的「認知化解」與「價值」的運作，才能幫助他重新過健康的生活與人生再定向。

關係架構理論所提刺激之間的關係，可能就是心中負面想法與感覺的根源，一個人所持的負面想法或感覺，可能經由關係架構理論的原理形成或轉移，當然可以經由ACT治療法予以改正。因此，Hayes認為RFT是ACT的理論基礎。RFT理論對ACT治療師在分析臨床問題上，是重要的基礎。

肆、ACT的核心歷程

ACT包括六個相關聯的歷程，即接受（acceptance）、認知化解（cognitive defusion）、接觸當下（contacting the present moment）、承諾行動（committed action）、自我即脈絡（self-as-context）、價值（values）（Hayes, et al., 2004）。以這些歷程進行精神疾病的介入治療時，必須使這六個核心歷程彼此之間發生關聯，其中任何一個均不能完全與其他任何一個分開，此也是ACT所強調的脈絡性治療方法道理之所在，必須使這六個核心歷程產生互相的關聯，缺乏其中一個歷程即無法完整的說明ACT的意義。

ACT在心理治療上，係經由這六個核心歷程彼此的關聯與作用，來增進心理的靈活性（psychological flexibility）。所謂心理靈活性，是指身為一個有意識的人，能為了有價值的目的而在行為上有所改變或堅持（Hayes, 2004）。

ACT因為包括六個核心歷程，因此該模式也被稱為六角形模式（hexaflex model）。以下對每一核心歷程作進一步

的說明。

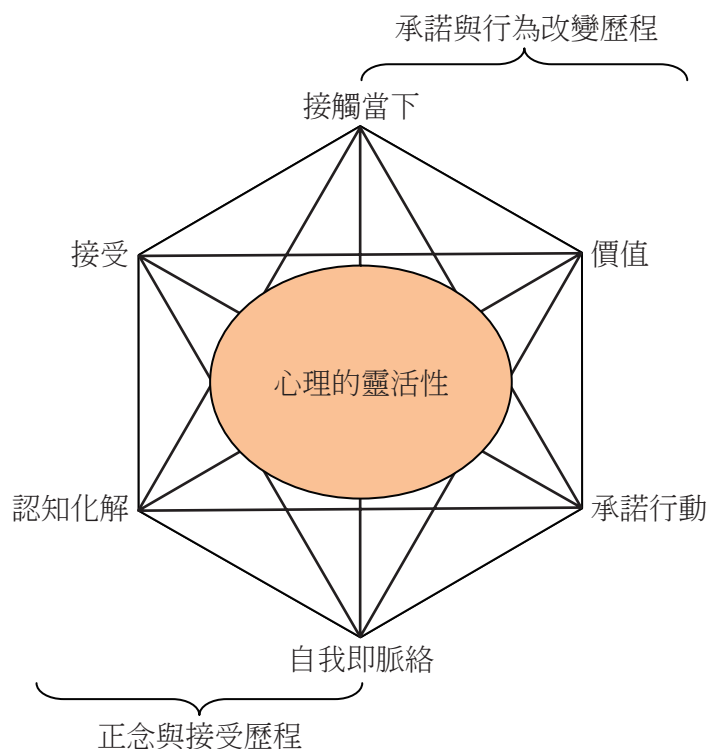
一、接受 (acceptance)

「接受」指一個人樂意「完全地且無防備地」體驗 (Hayes, 1994, p.30)。每一個病患心理疾病的發生都可追溯其歷史因素及其過去所從事的種種選擇，ACT治療師給予病患樂意接受過去與現在所處境況的機會，讓他體驗到這種境況是無法避免的。接受的介入治療等同於讓病患「樂意」(willingness) 承認現況，願意面對他不想要的心理事件。

ACT在臨床上通常運用隱喻 (metaphor) 的方法教導病患接受現實 (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)。隱喻已被證實更能促進病患深刻的見解與行為 (Stewart & Barnes-Holmes, 2001)。例如，ACT治療師可以呈現中

國指套給病患，此指套是竹編的管狀物，將左右手食指分別插入管子兩端，當要抽出手指時，管子會更掐緊手指，越用力拉出，手指就會越被緊緊的掐住。反之，若將手指往內推，就如同願意用食指去充滿這指套，這竹編物就變得鬆脫，給手指更多的活動空間，產生更多靈活性，束縛就獲得解脫。另一個隱喻是流沙的隱喻。當旅客不小心掉進流沙坑裏，他第一反應通常是要爭扎逃離，但每次抬高他的一條腿，另一條腿就陷得更深。最好的求生存方式就是使身體的每一部分充分的接觸流沙，伸開四肢讓身體接觸流沙陷阱，如同身體全面浮在流沙的上面一樣，這樣可以免於繼續沈陷 (Daniel J. Moran, 2011)。

以隱喻來說明，更能充分解釋接受負面情緒的效果，就像食指內推入中國指套而產生更多靈活空間，以及掉入流



圖一：ACT六角形模式 (引自S. C. Hayes, et al. (2006). p. 25)

沙坑時身體充分貼住流沙表面一樣，充分接受會產生更大的正面效果。ACT主張要完全接受一個人的負面情緒，沒必要防衛是最有助益的作法。

二、認知化解 (cognitive defusion)

「認知化解」目的在減低不愉快的語言與認知上的負面效果。當一個人有了一種想法，若他從錯誤的方向來理解，就很容易發生認知混淆 (cognitive fusion) 現象，此時他可能因為錯誤的認知而做出不適當的反應。例如，某病患一直專注於「沒人喜歡我」這想法，甚至把它當作是千真萬確的事，他透過「沒人喜歡我」這鏡頭來面對所遇到的人，因而導致他逃避社會的互動，甚至當某些人可能喜歡他時，他卻採取逃避的方式。混淆 (fusion) 是語言的副產品，而且當想法純粹從字面上去理解時，就很容易產生負面的認知與自我挫敗的行為 (Hayes, S. C., 1994)。認知化解促使一個人將某想法回歸為原本正向的想法，而不是按字面去理解。認知化解可使病患獲得解脫，使其行動以其所握價值與現實環境事件為基礎，而不是混淆於言語的錯誤認知。

三、接觸當下 (contacting the present moment)

「接觸當下」係指要求一個人憑其經驗對此時此地所遭遇的事件做出最好的定義，也就是要本著正念 (mindfulness)、樂意 (willingness)，來面對此時此地 (here-and-now) 所發生的每一事物。換言之，就是要我們靈活地覺察此時此地周邊的物理世界與自身內在心理世界的現實存在，在意識上，

要本於正念注意此地此時的經驗，不要讓我們的思考昏睡或由「自動駕駛儀」操作，而走往錯誤的方向。

四、自我即脈絡 (self-as-context)

「自我即脈絡」係指透過環境脈絡來真正了解自我。對他人的了解，必須在環境脈絡中進行才能真切的了解，所獲得的了解也才有意義。對自我的了解亦然，必須置於環境脈絡中才能真正了解自我。檢視自我有三種方式：自我即內容 (self-as-content)、自我即歷程 (self-as-process)、自我即脈絡 (self-as-context)。「自我即內容」係指從內容的角度來描述與評價自我。例如，一位病患這樣描述自己：是一位會計師，35歲，喜歡狗，患有社交恐懼症，人際關係不佳。「自我即歷程」係指持續的自我了解或持續注意自我感覺的情況，亦即從歷程的角度來檢視自我。例如，「這件事用盡各種方法至今仍無法解決，讓我的心情低落至谷底」。「自我即脈絡」也稱為自我透視或自我觀察，是採用超越自我的角度來感覺與了解自己的方式，也就是要檢視一個人經驗展現的軌跡，對個人所存在的心理問題採取脈絡性的、歷史性的、超越自我的了解。對自我採取脈絡性的了解，其了解才能深入而有意義。如前所述，ACT的哲學基礎為「功能情境論」，因此，ACT採取「自我即脈絡」的觀點，並作為其行為治療的核心歷程之一。實際上，在臨床行為治療採取「自我即脈絡」的了解，有利於病患願意「接受」現實的情況，更能產生正向的評價經驗。

五、價值 (value)

「價值」係一個人所要達成的整體結果或人生所選擇的方向 (Hayes et al., 1999)，是生命之所本。當一個人選擇了某價值，該價值會強化他接受不想要的想法與感覺的意願。一般人以為ACT治療師不關心病患不想要的想法與感覺的痛苦，以為治療師應該幫助病患消除不想要的想法和感覺。但ACT的主張是：不愉快的想法與感覺通常伴隨著價值而存在，病患應該先接受這種情況。例如，一個人想要與某異性朋友共度快樂人生但可能有被拒絕的痛苦，一個人進行所鍾愛的冒險活動可能會體驗到懷疑與焦慮。不想要的想法與感覺常常與價值如影隨形並存，當選擇價值而使人生有所本，必會體驗到無法逃避的負面想法與感覺，此時強調一個人要堅持價值就顯得相當重要了。

價值是被選擇的，在主觀上是完美的，沒有對或錯，亦即只有我能夠選擇我自己的價值。ACT治療就是強調一個人終究要選擇某價值，據以對行為有所

堅持或改變。

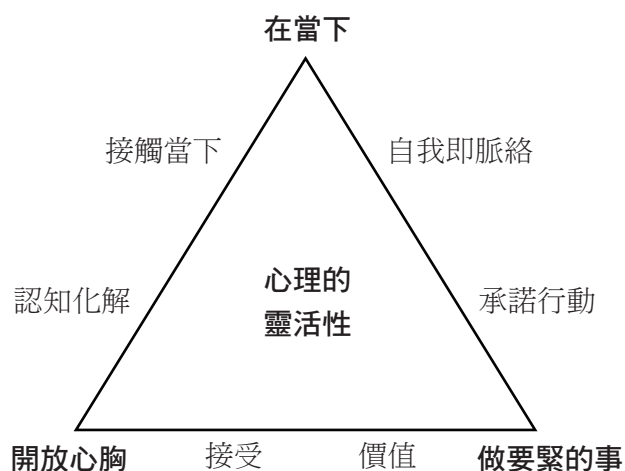
六、承諾行動 (committed action)

「承諾行動」係指個人依所選擇的價值而行。當一個人接受了現時情況，也化解了認知的失誤，能夠接觸當下，能夠透過環境脈絡了解自我，也確定及選擇了自己行動所本的價值，那麼他必須承諾有所作為。承諾行動的介入治療通常也會引用傳統的行為治療法，而不是唯一的運用ACT方法。

以上六個核心歷程可整併成三個功能單元，如圖二所示。認知化解與接受可整合成「開放心胸」(opening up)；自我即脈絡與接觸當下可整合成「在當下」(being present)；價值與承諾行動二者可整合成「做要緊的事」(doing what matters)。因此，「心理的靈活性」即是「在當下開放心胸做要緊的事」的能力 (Russ Harris, 2009)。

另外，更可用一個縮寫字來簡化此模式—ACT (Russ Harris, 2009)。

A=接受你的想法與感覺，就在當



圖二：ACT三角模型 (引自Russ Harris, (2009). p.13.)

下。(Accept your thoughts and feelings, and be present.)

C=選擇有價值的方向。(Choose a valued direction.)

T=展開行動。(Take action.)

伍、ACT的測量

ACT包括六大核心歷程，對這六大核心歷程的測量方法其實就可以拿來測量ACT。以下謹對該等歷程之測量方法簡要說明。

一、承諾行動的測量

承諾行動是指依據個人所秉持的價值而做出行為表現，該等行為表現可由行為的反應層面來測量，也就是依據行為表現的次數(frequency)、強度(intensity)、持續時間(duration)、潛伏(latency)、固著表現(perseverance)來評估(Patricia, A. B., et al., 2008)。

(一) 次數

所謂次數的測量就是在一段時間內測量行為發生的次數，例如，一個人每天飲食的熱量是幾卡路里，一週內運動多少次，每月狂飲多少次等。檢核在一段時間內行為發生的次數是最簡單好用的測量方法，可運用檢核表、計算機、在行事曆上劃記等方法。

(二) 強度

強度的測量是指測量行為的力量或能量的大小，主要是外顯行為的測量。我們不僅測量一個人舉槓鈴的次數，同時也記錄他舉的槓鈴有幾公斤；我們不僅計算一個人喝幾杯酒，也要了解他所喝的酒酒精濃度有多少。在情緒的測量上，可以測量在憂傷量表上以主觀的單位(subjective units of distress scale,

SUDS)做自陳報告，也就是在1到10點的量表上，你認為你應填上幾點(亦即你有多麼生氣/焦慮/沮喪)?

(三) 持續時間

持續時間是指測量某特殊反應從反應開始至停止，共持續多少時間。在臨床上，可以測量病患坐下沉思多久，置身於其厭惡的環境下至「經驗逃避」發生所持續的時間有多久，記錄藥物濫用的病患每次醒覺時間的變化，以了解其改善或惡化情形。

(四) 潛伏

潛伏測量係指測量一個人在發生反應的機會來時，直到他做出反應那一刻為止，經過了多少時間，亦即測量病患做出重要反應之前所延遲的時間。一個患有社交恐懼症的病人可以自我監測從其坐在車子裡走到他的社交場所總共花了多少時間。

(五) 固著表現

固著表現的測量是指設法了解哪些環境或刺激事件會引發病患一定的反應。例如，臨床醫師可問有生氣毛病的病患何事導致他發脾氣：「請告訴我，今早何事讓你生氣？」這可以知道什麼事物引發病患的心理疾病，以協助病患進行「暴露練習」，或發展更好的治療方案。

二、價值的測量

價值測量主要在了解病患喜歡什麼價值導向的生活，此方面有Hayes, Strosahl, & Wilson (1999)提出的「價值敘寫表」(Values Narrative Form)、「價值評等表」(Values Assessment Rating Form)及「目標行動阻礙表」(Goals, Actions, Barriers Form)等。另外

有「價值生活問卷」(the Valued Living Questionnaire, VLQ; Wilson, 2006)，要求個人將10個生活領域給予相對的價值評定，然後評定個人近來的行為與每一生活領域價值一致的情況。此外，亦有「價值生活問卷工作手冊」(the Valued Living Questionnaire Working Manual, VLQWM; 引自Patricia, A. B., et al., 2008) 提供使用。

Ciarrochi & Blackledge也建立了「個人價值問卷」(Personal Values Questionnaire, PVQ; 引自Patricia, A. B., et al., 2008)，其目的在做價值澄清，採質的方式評估個人生活的九個領域(家庭、朋友、工作……等)，再將每一價值予以量化。「社會價值測量」(the Social Values Survey, Ciarrochi & Blackledge, 2005)是一縮減版，可用於青少年。

在評估病患行為與價值「持續時間」(duration)上，可用Dahl & Lundgren (2006)的「價值公牛眼」(Values Bull's-eye)來測量。此測驗使用如同射箭用的公牛眼標靶圖形，要求病患評定近來的行為與所持價值密切情形，它收錄於Ciarrochi & Bilich (2006)所編的ACT測量工具集裡(Acceptance and Commitment Therapy measures package)。

三、接受的測量

接受的測量有「接受與行動問卷」(Acceptance and Action Questionnaire, AAQ; Bond, 2006)，為7點式Likert式自陳量表，用以評估個人逃避負向心理的需要、認知、情緒控制以及面對個人事件時採取重要行動的情形。AAQ有數個版本，數道題目已有修改(AAQ-9, AAQ-16與AAQ-22)。再版的AAQ-II已出版

(Hayes, 2007)，並完成效度研究。

Greco, Murrell, & Coyne (2005)亦發展出一份「年輕人逃避與混淆問卷」(the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth, AFQ-Y)，包括17道Likert式的題目，在測量認知混淆與經驗逃避。研究指出，AFQ-Y對孩子是有用且友善的一種測量(Greco, 2006)。Sandoz, E. K. & Wilson, K. G.在2006年亦發展出「身體形像接受問卷」(Body Image Acceptance Questionnaire, BIAQ)，有29道題目，是7點式Likert量表，用以評估個人接受身體形態與／或體重的負向感覺與想法(Patricia, A. B., et al., 2008)。

McCracken等人亦發展出一份「慢性疼痛接受問卷—修正版」(Chronic Pain Acceptance Questionnaire-Revised, CPAQ-R) (Ciarrochi, J., & Bilich, L., 2006)，用於評估個人處理疼痛問題的治療研究。CPAQ-R是一份20道Likert式題目的問卷，由二個分量表產生總分數(活動參與(activity engagement) 11題，痛苦意願(pain willingness) 9題)，以了解病患本身在ACT上是否運作良好。

四、認知化解的測量

認知化解的測量在測量病患自負面的個人語彙行為中解脫出來的程度。

「北極熊壓抑量表組合」(the White Bear Suppression Inventory, WBSI; Wegner & Zanakos, 1994)用以發現工作佼佼者(北極熊)的缺失，評估個人是否具有控制負面認知的性格傾向。它有10道Likert式題目，測量結果可用常模來解釋，而且可知個體關心事項的焦慮程度與治療效果的相關(Smari & Holmsteinsen, 2001)。

Eifert & Forsyth (2005) 表示，使用「自主思考問卷-B」(the Automatic Thoughts Questionnaire-B, ATQ-B; Hollon & Kendall, 1980) 和「思考—行動混淆量表」(the Thought-Action Fusion Scale, TAF; Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996) 等工具，也可用以評估認知化解。

五、接觸當下與自我即脈絡的測量

「接觸當下」與「自我即脈絡」可用評估正念(mindfulness)來測量。「正念與注意察覺量表」(the Mindfulness and Attention Awareness Scale, MAAS; Brown, K. W., & Ryan, 2003) 有15道題目，為6點式Likert量表，可用於測量二種人：實踐正念與非實踐正念的人。在癌症病人心理幸福上檢驗正念的角色方面，是一份很好的工具(Carlson & Brown, 2005, p.29)。MAAS與積極面向的情緒智力、開放的經驗、福祉等有重要的相關，而與社交性焦慮與反芻具有負相關。

「肯塔基正念能力測驗組合」(the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, KINS; Baer, R. A., Smith, & Allen, 2004) 有39道題目，是5點式Likert量表，包括四個因素：觀察、描述、覺察行動、無判斷的接受。因素分析結果支持這四個因素結構。

「正念問卷」(the Mindfulness Questionnaire, MQ; 引自Patricia, A. B., et al., 2008) 在臨床上是頗為適切的正念問卷，有16道題目，屬於7點式Likert量表。題目是詢問個人事件的苦惱與病患如何因應壓力。MQ在測量正念的四個領域—觀察、放手、無厭惡、無評斷。除有頗佳的內部一致性外，MQ也與MAAS

有顯著的正相關。受試者在正念本位的壓力減輕計畫裡也顯示MQ分數有顯著的增加。

「認知情感正念量表—修正版」(the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised, CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007) 有12道題目，使用4點式Likert量表，目的在測量每日生活中的注意、察覺、目前的重點，以及接受／無評斷的想法與感覺。它最後產生一個分數，有良好的內部一致性。Hayes & Harris (2000) 的研究指出，在個體沮喪的治療上使用正念本位的方法，其在CAMS上所得分數有增加的情形。

陸、ACT的效果

ACT已廣泛運用於成人與孩子，用以解決如焦慮與沮喪、精神病、慢性疼痛、恐懼症、社交焦慮、智力損傷與自閉症等問題。要了解其治療結果與相關文獻可利用此網站：www.contextualpsychology.org。

Chris Cullen (2008) 於文章中指出，ACT的創發者Hayes及其同僚針對2005年春天以前所有涉及ACT內容的文獻作了綜合性的回顧，然後表示：

回顧所有相關研究的證據指出，迄今ACT模式的運用已跨及各種問題，包括嚴重的精神病患至一般人心理問題的介入治療(例如，工作場所壓力的介入治療)。雖然這些文獻還只是初期的資料而不能很確定的論斷，在效果上，似乎是比較嚴重的問題其治療效果比較大，而且隨訪比事後的介入治療效果更大。這些研究的研究對象含蓋了不同的種族團體、階級與地理區域，從貧窮階級的非洲南部土著，到美國行為健康的專業人士，依照上述這些因素，並未顯示結果與過程有共變

(covary)。至目前為止，……至少有一部分治療效果是由ACT歷程產生的……(Chris Cullen, 2008, p.5)。

Lance M. McCracken和Kevin E. Vowles (2014)表示，最近針對ACT有關的66件實驗室研究進行後設分析，獲得結論：廣泛的支持正向心理的效果及理論的一致性。

在英美等國家每年都會舉辦ACT的訓練工作坊或國際性會議 (Chris Cullen, 2008)，其主題演講常常座無虛席。也許是CBT早期所建立的治療方法力有未逮，臨床醫師逐漸轉移治療方法至更新穎、精練且有效的方法，加以Hayes (2004)使用「第三波」這名詞賦予ACT較新的治療方法與名稱，致使ACT的行為治療第三波風潮確實快速的發展。

柒、結語

行為治療的發展歷史主要起自應用華生與巴夫洛夫開始的古典行為主義學派的理論，該學派發展至Skinner，可說已達於巔峰。緊接著的是認知心理學派的應用，更使行為治療邁入新的階段。後來Hayes更發展出ACT治療歷程，用於行為治療上，號稱行為治療的發展邁入了第三波。ACT治療的目的是要病患接受無法避免的痛苦，本於正念，透過個人所秉持的價值基礎，承諾展開行動，創造豐富圓滿與有意義的生活。

ACT以功能情境論 (functional contextualism) 與關係架構理論 (RFT) 為基礎，創建者Hayes所發展出來的ACT六個核心歷程是整個理論的核心，該六個核心歷程不是分立的歷程，更可視其為一顆鑽石的六個面，而這顆鑽石的核心目標就是心理的靈活性 (psychological flexibility) (Russ Harris, 2009)。

ACT的發展已有數十年，受到廣泛的注意也是這十幾年來的事，相關的研究文獻正快速增加。當然，ACT也會受到嚴格的檢視，接受許多批評也是難免。我們樂見專家學者與實務工作者持續的努力，對這世界作更加深入且廣泛的了解，俾能逐步達到預測與控制的目的，增進人類的福祉。

參考文獻

- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*, 191-206.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bond, F. (2006). Acceptance and action questionnaire (2ed ed.). Unpublished manuscript. Retrieved September 6, 2015 from http://www.contextualpsychology.org/acceptance_action_questionnaire_aaq_and_variations.
- Brandon, A. G., (2011). Evaluating Acceptance and Commitment Therapy: An Analysis of a Recent Critique. *The International Journal Behavior Consultation and Therapy, 7*(1), 55-67.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: The role of mindfulness in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(1), 29-33.

- Ciarrochi, J., & Bilich, L. (2006). Acceptance and Commitment Therapy measures package: Process measures of potential relevance to ACT. Retrieved September 6, 2015, from <http://integrativehealthpartners.org/downloads/ACTmeasures.pdf>.
- Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2005). Social values survey. Unpublished manuscript. Retrieved October 19, 2007 from http://www.contextualpsychology.org/personal_values_questionnaire.
- Chris Cullen, (2008). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Third Wave Behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1-7. British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies.
- Dahl, J. C., & Lundgren, T. L. (2006). *Living beyond your pain: Using acceptance and commitment theory to ease chronic pain*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Daniel J. Moran, (2011). ACT for Leadership: Using Acceptance and Commitment Training to Develop Crisis-Resilient Change Managers. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7(1), 68-77.
- Dobson K. S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking forward, looking backward. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 907-923.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorder: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Ellis, A. E. (1975). How to live with a "neurotic". North Hollywood, CA: Wilshire.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Greeson, J. M., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), (177-190)
- Greco, L. (2006). *Revised Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)*. Retrieved September 6, 2015, from http://www.contextualpsychology.org/revised_avoidance_fusion_questionnaire_for_youth_afq_y_greco_murrell_coyne_2005.
- Greco, L., Murrell, A., & Coyne, L. W. (2005). *Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)*. Retrieved September 6, 2015 from http://measures.earlyadolescence.org/media/upload/AFQ17_9316584.pdf.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context is psychotherapy* (pp.13-33). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, A. M. & Harris M. S. (2000). The development of an integrative treatment for depression. In S. Johnson, A. M. Hayes, T. Field, N. Schneiderman, & P. McCabe. (Eds.), *Stress, coping, and depression* (pp.291-306). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hayes, S. C., (2004). Acceptance and

- commitment therapy, Relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2007). The state of the ACT evidence. Address presented at the ACT Summer Institute III, Houston, TX. Retrieved September 6, 2015, from http://www.nmmhca.org/yahoo_site_admin/assets/docs/Treloar_AAQ-II_7-item_with_scoring.116163013.pdf.
- Hayes, S. C.; Luoma, J. B.; Bond, F. W.; Masuda, Akihiko; & Lillis, J., (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications*. Paper 101. http://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101.
- Hayes S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford.
- Lance M. McCracken, Kevin E. Vowles, (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain; Model, Process, and Progress. *American Psychologist*, 69(2), 178-187.
- Longmore, R. J., & M. Worrell. (2007). Do we to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and Behaviour Modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Patricia A. Bach, & Daniel J. Moran, (2008). *ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Paul E. Flaxman, J. T. Blackledge, & Frank W. Bond, (2011). *Acceptance and Commitment Therapy*. London & New York: Routledge.
- Russ Harris, (2009). *ACT made simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Smari, J., & Holmsteinsen, H. E. (2001). Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 13-20.
- Stewart & Barnes-Holmes, (2001). Understanding metaphor: A relational frame perspective. *The Behavior Analyst*, 24, 191-199.
- Wegner, D. M., Schnieder, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-641.
- Wilson, K. G. (2006). *Valued Living Questionnaire working manual*. Retrieved September 6, 2015 from <https://contextualscience.org/files/VLQ%20manuscript%20Wilson%20Sandoz%20et%20al.pdf>.
- Yates, A. J., (1970). *Behavior therapy*. New York: John Wiley.