

# Bygger ACT (aksept- og forpliktelsesterapi) på mer enn rasjonalitet og klinisk erfaring, og hvor forskjellig er ACT fra folkepsykologi?

Børge Holden

Sykehuset Innlandet, og Habilitering Hadeland

Mye som skjer i psykoterapier, som å forstå årsaker til problemer, foreslå løsninger og få en god relasjon til pasienten, minner om hva mennesker gjør daglig. Et spørsmål er derfor om terapiene har et vitenskapelig, empirisk grunnlag, eller om de også, eller enda mer, bygger på rasjonell tenkning og klinisk erfaring, og har likheter med folkepsykologi. ACT (acceptance and commitment therapy, aksept- og forpliktelsesterapi) er en spesiell psykoterapi som skal bygge på en atferdsanalytisk teori om verbal atferd; RFT (relational frame theory, relasjonell rammeteori), og tilhørende eksperimenter. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved grunnlaget også for ACT. Er det bare eksperimentell forskning, eller også rasjonell tenkning og klinisk erfaring, som har ført til en terapi som kan ligne på folkepsykologi? Jeg mener det siste, og prøver å vise det mest gjennom likheter mellom ACT og folkepsykologisk praksis.

*Nøkkelord:* Psykoterapier, aksept- og forpliktelsesterapi, ACT, folkepsykologi, rasjonell tenkning, klinisk erfaring.

## **Does ACT (Acceptance and Commitment Therapy) draw on more than rationality and clinical experience, and how different is ACT from folk psychology?**

Much which happens in psychotherapies, like understanding causes of problems, suggesting solutions, and getting a good relationship with the patient, is reminiscent of what people do daily. One question therefore becomes whether the therapies are scientifically, empirically based, or whether they are also, or even more, based on rational thinking and clinical experience, and have similarities with folk psychology. ACT (acceptance and commitment therapy) is a particular psychotherapy which is allegedly based on a behavior analytic theory of verbal behavior; RFT (relational frame theory), and associated experiments. However, the scientific fundament of ACT, too, can be questioned. Is it merely experimental research, or also rational thinking and clinical experience, which have resulted in a therapy that may look like folk psychology? I think the latter, and try to show it mostly by way of similarities between ACT and folk psychological practice.

*Keywords:* Psychotherapies, acceptance and commitment therapy, ACT, folk psychology, rational thinking, clinical experience.

---

I overskuelig fortid har mennesker snakket med hverandre om atferd, og gitt, fått og bedt om råd. Det har skjedd i private relasjoner,

---

Kontakt: Børge Holden, Habiliteringstjenesten i Innlandet, Postboks 68, 2312 Ottestad. Telefon 97 48 55 78. E-post: Borge.Holden@sykehuset-innlandet.no

og offentlig, som når øvrighet har formant eller blitt spurt om hjelp. I over 100 år har psykoterapeuter gitt *behandling*, og vi har fått psykoanalytiske og -dynamiske, humanistiske og eksistensielle, og atferdsorienterte terapier, for å nevne hovedgrupper. Noen

terapi er rene samtaler, og noen har også konkrete øvelser for å endre atferd. Det blir flere og flere terapi, men neppe et økende metaperspektiv, det vil si interesse for hva de har felles og i praksis går ut på, og for hva som i praksis er grunnlaget for dem. Når det gjelder grunnlaget, er det forståelse av grunnleggende prosesser basert på eksperimentell forskning, eller snarere rasjonell tenkning og klinisk erfaring? Smedslund (2016, 2022) mener det siste. Det er enkelt sagt kjernen i hans 'psykologikk', som omfatter all anvendt psykologi, også atferdsanalyse (se følgende debatt: Skjerve & Reichelt, 2019a, b, og Smedslund, 2017, 2019a, b, også gjengitt i Holden, 2023). Når det gjelder hva terapiene går ut på, hvor forskjellige er de fra folks forsøk på å forstå og endre egen og andres atferd i dagliglivet, eller fra folkepsykologi (O'Donohue, Callaghan & Ruckstuhl, 1998)? Rasjonell tenkning og klinisk erfaring trenger knapt å defineres, mens American Psychological Associations generelle definisjon av folkepsykologi er «hverdagslig sunn fornuft og implisitt kunnskap som muliggjør prediksjon og forklaring av andres (og egen) atferd». Cambridge Dictionary beskriver det som «måter å forklare folks atferd og mentale tilstand på ved hjelp av praktisk kunnskap og dømmekraft, *heller enn vitenskapelige studier*» (min kursiv). I den forbindelse skriver O'Donohue, Callaghan og Ruckstuhl (1998) at «alle mennesker er amatørpsykologer ... for å fungere sosialt, må vi i det minste ha noen oppfatninger om atferd for å predikere hva andre vil gjøre og hvordan de kan reagere på vår atferd» (s. 310, min oversettelse, som de kommente). At også folk flest tenker rasjonelt, og gjør «kliniske» erfaringer, kan sies å svekke skillet mellom vitenskapelig psykologi og folkepsykologi.

Skinner (1953) var inne på at skillet kan være lite. I psykoterapi, for eksempel psykoanalyse, «gjør terapeuten seg til en ikke-straffende lytter» (s. 370). For pasienten er terapeuten, til å begynne med, bare en av mange som har utøvd kontroll. Da er «terapeutens oppgave å etablere seg i

en annen posisjon. Den unngår derfor ... å straffe. Den kritiserer ikke, og er ikke uenig ... påpeker ikke feil» (s. 370). Når terapeuten har blitt en ikke-straffende lytter, kan pasienten begynne å vise undertrykt atferd, som å «huske en tidligere episode der pasienten ble straffet» (s. 370), fortelle om «Tidlige opplevelser av aversiv kontroll, og som lenge har blitt undertrykket» (s. 370), «opptre på «straffbare» måter – for eksempel aggressivt ... obscønt» (s. 370), «selvmedlidende» (s. 371) eller «hysterisk tåpelig» (s. 371). Det kan akselerere «prosessen som reduserer effekten av straff. Mer og mer straffet atferd oppstår» (s. 371). Skinner ville beskrive generelle prinsipper i psykoterapi, der empati og relasjon til pasienten ofte er viktig, men beskrev vel også hvordan fortrolige samtaler mellom folk flest kan være.

Flere har vært direkte inne på forholdet mellom psykoterapi og folkepsykologi, og Grodniewicz (2025) ser store likheter. Begge deler går ut på å lese og forme den andres sinn («mindreading» og «mindshaping») (der 'atferd' kan gjøre samme nytte som sinn). Alle psykoterapier «er, i sin kjerne, en folkepsykologisk praksis» (s. 491), om enn mer sofistisert. For eksempel å avdekke manglende samsvar mellom det noen sier, og deres kroppsspråk, og å påvirke andre ved for eksempel å gi tilbakemeldinger, være modell og å fortelle historier, er allmenn menneskelig aktivitet. Timimi (2021) er polemisk, og svært kritisk til at psykoterapi skal framstå som mer enn folkepsykologi, og som basert på mer enn rasjonalitet og erfaring, eller sunn fornuft. Tamini går langt i hevde at terapi er som kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi i form av eksponering og tilvenning, og empatisk lytting, stort sett er «fancy» versjoner av vestlig folkepsykologi, mens mindfulness er hentet fra buddhisme (men som teknikk, løsrevet fra etikk og åndelighet). Likheter med folkepsykologi gjelder også psykoanalyse (Aminjon, 2013). Det er blant annet påvist at engelskspråklige noveller helt fra 1813, har tatt opp mye av det samme som Freud var opptatt av, for eksempel ubevisste

motiver og deres opphav (Badcock, 2012).

Som atferdsanalytiker er jeg interessert ACT. Jeg har satt meg inn i det, utøvd det, også på meg selv, og var vel den første i Norge som skrev vitenskapelig om det (Holden, 2007a, b). Men jeg er ikke ukritisk. ACT skal særlig bygge på filosofi (se nedenfor), og på en teori om språk, eller verbal atferd (se nedenfor), som skal forklare hvordan psykopatologi kan oppstå og behandles. Jeg har imidlertid lurt på hvor vitenskapelig dette grunnlaget er, eller om ACT også, eller enda mer, bygger på rasjonalitet og klinisk erfaring i tråd med Smedslunds psykologikk (2016, 2022) syn (se foran). Jeg har også lurt på hvor forskjellig ACT er fra folkepsykologi, det vil si fra kulturell forståelse av hvordan problemer kan oppstå, og fra kulturell praksis for forebygging og for løsninger når problemer har oppstått. Jeg vil derfor sammenligne ACT med folkepsykologiske tenke- og talemåter og konkrete handlinger. Dess større likheter, dess usikrere kan det være at ACT representerer noe unikt, og dess lettere kan det bli å forstå og beskrive ACT, og å vurdere ACT kritisk, mener jeg.

Før jeg går gjennom likheter mellom ACT og folkepsykologi, går jeg gjennom ACT. (For grundigere gjennomgang viser jeg til Andersen & Elen, 2023; Harris, 2013; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012; Holden, 2021). (De som kjenner ACT, kan hoppe til Noen kritiske vitenskapelige kommentarer til ACT, eller til Del 2: ACT sammenlignet med rasjonalitet, erfaring og folkepsykologi.)

## **Del 1. Gjennomgang av ACT og grunnlaget for ACT**

### **ACTs filosofiske grunnlag: Funksjonell kontekstualisme**

«ACT er utviklet ... ved hjelp av en strategi for utvikling av kunnskap som bygger på, og utvider, tradisjonell atferdsanalyse» (Hayes et al., 2012, s. 27), som bygger mye på Skinners radikale behaviorisme. Den sier særlig at (1) atferd også omfatter private

hendelser («tenkning og føling»), at atferd er viktig i seg selv, og ikke bare et uttrykk for antatte underliggende prosesser og strukturer, (2) at atferd, også verbal, kan analyseres funksjonelt ved å se på dens foranledninger og konsekvenser, (3) at mentalistiske forklaringer er fiktive, og (4) at atferd kan studeres uavhengig av fysiologi (Skinner, 1974). ACT bygger imidlertid også på en beslektet orientering; funksjonell kontekstualisme.

Pepper (1942) beskrev fire «verdenshypoteser», eller grunnleggende forståelser, som også kan kjennetegne psykologiske skoleretninger. Hver hypotese har sitt sannhetskriterium. Én hypotese, eller rotmetafor, er formisme, som er kategorisering à la arter, klasser og diagnoser. Det som stemmer med kategorien, er sant. Organisme går ut på stadier, som i utvikling ut fra Freuds og Piagets teorier. Sannhet er at stadier nås i beskrevet rekkefølge til rett tid. Mekanisme dreier seg om årsaker og virkninger. Gitt det, så det, à la slik forholdet mellom tenkning og annen atferd langt på vei beskrives innenfor kognitiv atferdsterapi (Gaudio, 2011). Det probabilistiske nedtones, som i refleksiv S–R–psykologi. Sannhet er å påvise årsaksrekker, ikke bare at ting skjer.

Den fjerde hypotesen er pragmatisme, som ACT «bekjenner» seg til, men kaller funksjonell kontekstualisme (heretter bare kontekstualisme) på grunn av 'pragmatismes' negative konnotasjoner. Kontekstualismes «rotmetafor» er «atferd i sin kontekst», som er «både historie og situasjoner som har forbindelse med atferden» (Hayes et al., 2012, s. 33). Det er en «helhetlig tilnærming ... det primære er *hele hendelsen* [, som] forstås i relasjon til konteksten heller enn som sammensatt av sine deler» (s. 30), og som bare deles opp når det er nyttig. For eksempel når vi skal handle, kan vi være motivert av å ha lite mat, vente besøk og så videre, og «å handle» er «en hel hendelse som krever et sted å dra fra og til, en grunn til å dra, og et formål å oppfylle. Er en vei stengt, tas en annen. Handlingens natur bestemmes av dens intenderte konsekvenser, ikke dens form» (s. 31),

for eksempel om vi sykler eller går, i tråd med at atferdsanalyse definerer en 'operant' som forskjellige handlinger med samme funksjon. En handling lykkes i den grad resultatet er ønsket, og en analyse lykkes «når jeg, ut fra analysen, kan gjøre det jeg har til hensikt» (s. 31), jfr. formålet med funksjonelle analyser. 'Sannhet' defineres ofte som samsvar mellom (1) beskrivelse av noe, og (2) hvordan det er, det vil si ontologisk. Atferd er imidlertid for komplisert til å kunne være «sann» slik sett. I kontekstualisme defineres derfor 'sannhet' pragmatisk; «hvorvidt en aktivitet (eller sett av aktiviteter) hjelper med å nå et formulert mål» (s. 31). Siden «*Din sannhet ikke trenger å være min*» (s. 33), avgjør personlige mål, og verdier som gir grunnlag for mål, om handlinger er «sanne». Hayes et al. (1999) definerer 'verdier' som

«*verbalt konstruerte generelt ønskelige livskonsekvenser. Verdien av verdier er at de åpner for å koordinere og målrette langsiktige handlinger. Veldig få menneskelige handlinger formes av umiddelbare, direkte konsekvenser uten vesentlig verbal involvering. Uten verbal atferd er konsekvenser effektive bare innenfor veldig korte tidsrammer*» (s. 206), mens «*Verbal atferd åpner for en relasjon mellom handling og konsekvenser selv når konsekvenser er ganske utsatte*» (s. 206).

Men uten et *verbalt* formulert mål vil «all atferd som er formet av konsekvenser, være «sann» (Hayes et al., 2012, s. 31). Verbale mål er *bevisste*, jfr. at Skinner (blant annet 1974), enkelt sagt, definerte bevissthet som å beskrive verbalt for oss selv hva vi gjør. Verbale mål kan være mye, og vi har også hierarkier av mål, som kan skape problemer «når prosessmål knyttes til resultatmål» (ibid., s. 31). En pasient kan si at «dens «mål» er å bli kvitt angst, men hvis du spør hva som vil skje da, svarer den «Hvis jeg er mindre engstelig, kan jeg få venner». Å bli kvitt angst er med andre ord ikke et resultatmål i seg selv, men heller et antatt middel for å nå et mål» (ibid., s. 31). Angsten hindrer dermed sosial kontakt *for den personen* – for andre har angst ikke en slik funksjon. De kan bry seg

mindre om angsten, eller ha sosial kontakt som et viktigere mål enn å bli kvitt angsten, for eksempel. En som hindres av angst, kan også hindres i én situasjon og ikke i en annen situasjon, der målet betyr mer. Angst, og andre tilstander, har med andre ord forskjellig funksjon fra person til person og fra kontekst til kontekst, akkurat som resultatmål, og deres styrke, varierer. Det kan være godt å bli kvitt angst og annet, men også viktig å hindres minst mulig av slike tilstander. Tilstand er ikke alt. Dette medfører selvfølgelig at to personer med tilsynelatende like vansker kan trenge forskjellig behandling, hvis de ønsker behandling. I så fall ber ACT «*pasienter om å innta et nytt perspektiv på sine egne personlige tenkevaner*» (ibid., s. 27), særlig fra et formistisk og mekanistisk til et kontekstuel perspektiv på angst og andres tilstanders funksjon, må vi tro.

Andre sider ved kontekstualisme er at forklaringer skal være enklest mulige, i tråd med Ockhams barberkniv, og at problemer ikke nødvendigvis trenger å løses med kompliserte tiltak. Ingenting blir effektivt *fordi* det er komplisert. Kart kan være detaljerte og grove. Når vi skal finne fram et sted, kan et grovt kart være bedre enn et detaljert og «sannere» kart. Det er liten sammenheng mellom hvor stort et problem er, og hvor komplisert forståelse og løsning som trengs, og atferdsanalyse er «på sitt beste» når ett tiltak er nok (Haynes & O'Brien, 1990). Men vi skal selvfølgelig ikke handle for enkelt (som «for» indikerer), og vi må tenke på mulige uønskede bivirkninger av det vi gjør. Alle forsøk på å endre menneskers atferd er uansett, til sjuende og sist, å «gjøre noe med deres miljø, verbalt og ellers» (Skinner, 1966/1969, s. 239).

### **ACTs syn på forståelse av årsaker til patologi: Språkets rolle**

#### **Språket kan volde problemer for alle**

ACT bygger på at psykiske vansker ikke skyldes «sykdomsprosesser», men normale *verbale* prosesser. Før opplevde mange

konkret nød. I dag har vi det bedre slik sett, men mange har likevel problemer med depresjon, angst og annen psykiatri (Hayes et al., 2012). ACT ser vår verbale fungering som mye av årsaken til det. Den gjør at vi kan velge, evaluere valg, og endre atferd. Vi kan få råd, varsler og informasjon, følge regler, planlegge og utøve selvkontroll. Men språk gjør det også vanskelig å bli «helt lykkelig», og dømmes oss til å lide (Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001): Nyter vi noe, kan vi tenke på at vi savner noe eller noen – glede har en bakside. Ord kan vekke negative følelser, ubehag kan oppstå ut fra rene beskrivelser, og vi kan unngå noe vi ikke har opplevd. Angst, skam og sorg kan oppstå ved å tenke, vi kan gruble over fortid og framtid, bli overrasjonelle, og tenke mer enn å handle. Vi kan tenke på, og begå, selvmord, som en unnslippelse, og reagere likt på medlemmer av kategorier. Dårlig erfaring med én person kan få oss til å unngå andre i samme kategori, vi kan få sterke fordommer mot noe vi knapt vet noe om, og bli rigide. Vi kan få vonde tanker og følelser om oss selv, evaluere oss selv negativt, og tenke «Jeg er dum», og bli «dum». Språk kan i det hele tatt hindre nye viktige erfaringer. Hayes et al. (1999) kaller «Ideen om at vanlige menneskelige psykologiske prosesser kan gi destruktive og dysfunksjonelle resultater, og forsterke og forverre uvanlige patologiske prosesser» (s. 6), for 'destruktiv normalitet'.

### Relasjonell rammeteori

ACTs forståelse av språk som opphav til vansker, begrunnes med relasjonell rammeteori (relational frame theory, RFT), som ved siden av kontekstualisme, skal være det viktigste grunnlaget for ACT (Hayes et al., 2012). RFT er en nyere atferdsanalytisk forståelse av språk (Wilson et al., 2001). Vi lærer gjennom direkte erfaring, men RFT dreier seg om indirekte læring, ved å *utlede*, som er lærte generelle ferdigheter i å beskrive og reagere på, eller *relatere*, stimuli. Som barn lærer vi først å relatere formelle egenskaper, som mer–mindre og høyere–lavere. Etter

hvert relaterer vi også uformelt, som pent og stygt, og farlig og trygt, ut fra normer, innfall og skjønn, i «relasjonelle rammer» (Wilson et al., 2001). «Ramme» vil si å kunne relatere alt til alt, slik rammer kan romme alle slags bilder. Antall rammer er ubegrenset, men noen rammer er særlig viktige for at problemer oppstår (Wilson et al., 2001):

*Koordinering* er relasjoner som «samme» og «lignende», altså kategorisering. Hvis å være alene skaper frykt, kan også *ordet* «alene» skape det, ikke fordi ordet har forekommet i forbindelse med å være alene, men fordi «alene», og å være alene, er relatert. Lærer vi at forlatt betyr alene, kan også forlatt skape frykt. Hvis vi selv, eller andre, beskriver en ny situasjon eller person som like skremmende som en kjent skremmende situasjon eller person, kan det skape samme frykt. En person som får beskrevet en person som ligner på en ubehagelig person som personen har møtt, kan unngå situasjoner som personen kan være i.

*Sammenligning* er relasjoner som bedre enn ... verre enn ..., og å evaluere oss etter standarder og andre mennesker. Det kan gi resignasjon og angst.

*Motsetning* er for eksempel trygg–redd og vennlig–fiendtlig. Når vi gleder oss over noe, kan vi tenke på det motsatte, og få det vondt – noe negativt ligger alltid på lur, som når skyldfølelse, angst og tristhet plutselig oppstår. Hvis noen, eller vi selv, beskriver en situasjon eller person som motsatt av en trygg, kan vi bli redde for å møte situasjonen eller personen.

*Årsak og betingelse* er før–etter- og hvis–så–relasjoner. Vi kan tenke på hva våre vansker skyldes, og lage forklaringer som hverken stemmer eller hjelper, for eksempel «Jeg er slik fordi...», og vise til hvordan personer har vært mot en. Vi kan tenke at vi «må» eller ikke «kan» gjøre noe, og hva som skjer hvis vi gjør noe, og mislykkes, som altså inngår i grubling og gruing (se foran). Vi kan være på nippet til å gjøre noe bra, men trekke oss like før av frykt for utfallet. Noen tolererer knapt risiko.

Vi utleder stadig nye relasjoner, og får komplekse nettverk av tanker og reaksjoner. Situasjoner og ord får lett nye funksjoner. Ved psykiske vansker skaper *uheldige* relasjoner ubehag og unngåelse. Nettverkene er for komplekse til at vi kan kjenne dem helt, eller fjerne dem, og de «baller på seg» (Hayes et al., 2012). Noen får komplekse forhold til seg selv, andre og verden generelt, og oppslukes av tenkning. Kontakten med øyeblikket svekkes, og atferd styres av språk, også når direkte erfaring hadde vært bedre. Også atferd som er i tråd med egne verdier og mål, svekkes (Hayes et al., 2012). Likevel klarer de fleste seg bra, men noen aktiviteter kan skape enda større vansker:

### Noen prosesser skaper ekstra problemer

*Kognitiv fusjon:* Vi vurderer situasjoner, tanker og følelser «hele tiden». Oftest vet vi at vi nettopp *vurderer*, og kan endre vurderinger, men de kan også bli fastlåste: Vonde følelser *må* unngås, «slik er jeg», og «jeg kan ikke gjøre noe». Noen «må» finne årsaken til at noe er ubehagelig, før de kan møte det. En som «vet» at et ubehag utelukker noe, kan unngå å prøve. At tanker blir eneste mulige virkelighet, kalles 'kognitiv funksjon', som når «En redd person konstruerer et skremmende miljø, og oppfører seg som om han eller hun har oppdaget det, ikke konstruert det» (Hayes, 2004, s. 650–651). Å få vurderinger bekreftet, kan bli viktigere enn å undersøke om de stemmer.

*Unngåelse av opplevelse:* Vi vil ofte unngå konkrete ubehag og situasjoner, men også vonde tanker. Hvis vi ikke vil tenke på noe, må vi imidlertid tenke på det vi ikke vil tenke på. Da tenker vi på det (Gold & Wegner, 1995; Wenzlaff, Wegner & Klein, 1991). Å prøve å unngå å *føle* noe, kan føre til at følelsen øker. Å prøve å *unngå å oppleve* tanker og følelser ved hjelp av rus, selvskadning, promiskuitet, sosial klamring, overspising, tenking framover og bakover, bli nummen eller å dissosiere, kan gi kortvarig lettelse, men bli en ond sirkel, og dempe livsutfoldelse (Hayes et al., 2012).

*Begrunnelse (reason giving):* Vi kan forklare *vår atferd med* negative tanker og følelser. «Jeg slo fordi jeg var sint», eller «lar være fordi jeg er uopplagt». Slike grunner kan bli *absolutte* for de som ikke ser fusjoneringen (Hayes et al., 2012), og gå ut over handling.

*Selvet:* Begreps selvet er våre «merkelapper» på oss selv, som kan fusjoneres og bli konstante. «Jeg er» unnvikende, traumatisert eller irritabel. Et annet selv er *perspektivselvet*; en observerende, åpnere holdning der vi ser at våre perspektiver kan endres. Dette selvet er ikke en «ting», men *aktiviteter* som «skjer hos meg, men som ikke er meg». Et perspektiv er også vanskelig å skade, og ufarlige å endre, fordi det ikke truer *selve meg* (Hayes et al., 2012).

### ACTs grunnleggende syn på endring

#### Ikke førsteordens, men andreordens, endring

I tråd med kulturelle oppfatninger forutsetter mange psykoterapier at vonde tanker og følelser er årsaker til psykiske vansker, og at deres hyppighet, intensitet og form, mer enn deres funksjon, må endres for å kunne endre mer konkret atferd (Hayes et al., 1999). Det er nok langt på vei målet med den kognitive delen av kognitiv atferdsterapi, (Gaudiano, 2011). I ACT kalles dette «førsteordens endring» (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Men ifølge ACT bestemmer ikke tanker og følelser hva vi gjør. Ytre hendelser trenger ikke å påvirke oss, og vi trenger ikke å «stole på», og følge, tanker og følelser, eller la dem ha en funksjon. Vi *kan* opptre konstruktivt på tross av vonde tanker og følelser, angst og tristhet, og kroniske smerter. Fordi det også er vanskelig å fjerne eller endre tanker og følelser, og forsøk på det kan virke mot sin hensikt, vil ACT heller hjelpe pasienten til økt vitalitet og handleevne selv om de er der. Logisk nok kalles dette «andreordens endring» (Hayes et al., 2006).

#### Aksept, psykologisk fleksibilitet, mindfulness, helse

Andreordens endring krever det motsatte

av unngåelse, nemlig *aksept*; «å forlate dysfunksjonelle endringsagendaer, og en aktiv prosess med å føle følelser som følelser, tenke på tanker som tanker, og å huske minner som minner og så videre» (Hayes et al., 1999, s. 77). Aksept er også å se på ubehagelige tanker, følelser og situasjoner som ufarlige og forbigående (men ikke å akseptere uakseptable og/eller forbigående ubehag å la overgrep og akutte smerter, og alle bestemmer selvfølgelig selv). Andreordens endring krever også *psykologisk fleksibilitet*; «å kontakte øyeblikket ... bevisst ..., og stå fast ved atferd som tjener verdsatte mål» (Hayes et al., 2006, s. 7), det vil si å følge sine verdier selv om det gir ubehag. Å «kontakte øyeblikket» kalles gjerne «mindfulness»: Å oppleve omgivelser, tanker og følelser åpent, rolig og uten å bedømme dem (Hayes et al., 2006). Psykologisk fleksibilitet består av de seks prosessene i «hexaflex»-modellen; fleksibel oppmerksomhet mot øyeblikket, valgte verdier, forpliktet handling, selvet som kontekst, defusjon og aksept, som også er hovedmål i behandling, og langt på vei ACTs oppfatning av psykisk helse (Hayes et al., 2012, s. 63).

### Uhelse

Dermed ligger det i kortene at nedsatt fungering og lav evne til endring, skyldes psykologisk ufleksibilitet, som består av ufleksibel oppmerksomhet, uklare verdier, passivitet eller impulsivitet, tilknytning til begrepselvet, kognitiv fusjon og unngåelse av opplevelse (Hayes et al., 2012, s. 62).

### Prinsipielt samme behandling på tvers av diagnoser

Vekten på aksept og psykologisk fleksibilitet betyr å ikke ville «reparere» spesifikke problemer, men heller «bygge» bedre generell fungering, eller vitalitet. Det er et «transdiagnostisk» perspektiv der «angst ikke antas å være problemet ved «angstlidelser», «tanker» ikke antas å være problemet ved «tankeforstyrrelser» og så videre. I ACT er det tendensen til å ta opplevelsene bokstavelig, og

kjempe mot dem, som er skadelig» (Hayes, 2004, s. 651). Problemet er unngåelse, av direkte ubehag eller ubehag som følger av mangler eller savn, samme hvordan det unngås. ACT er ikke en samling topografisk definerte teknikker, og «ACT-terapeuten bruker ACT slik det er *funksjonelt definert*, ikke bare *topografisk definert*» (Hayes et al., 1999, s. 16). Manualisering nedtones derfor til fordel for en grunnleggende forståelse av hvordan prosesser påvirker pasienten til enhver tid, som i atferdsanalyse generelt.

Vekten på bygging og vitalitet er grunnen til at ACT presenterer seg som en «helsemodell», og ikke en «sykdomsmodell» (Hayes et al., 1999).

### Kasusformulering

Kasusformulering er en gammel atferds-terapeutisk metode for å vurdere pasienters vansker, motivasjon og «egnetet» for behandling, først beskrevet av Victor Meyer (Meyer & Turkat, 1979). Kasusformulering i ACT dreier seg naturlig nok mye om unngåelse av tanker, følelser og konkrete handlinger og situasjoner som utgjør vanskene. Hva medfører kort- og langsiktig unngåelse for hva pasienten egentlig vil oppnå? (Sandoz, 2012). Terapeuten kan reformulere pasientens utsagn i tråd med ACT, for eksempel «Få mindre angst, så jeg kan utvikle meg», til «Du står fast fordi du vil ha trygghet?». Man utforsker også indre kontroll, og om pasienten viser unngåelse i form av irritasjon, skifte tema eller å «ville ha rett».

Motivasjon er sentralt. Hva tapes ved unngåelse, og hvilke veier åpnes hvis problemer løses? Hvordan er det å møte ubehag? Har pasienten erfart selvendring? Hvis pasienten har valgt unngåelse mer enn å nå mål, hvor viktige har målene da vært, og hvorfor skal endring skje nå? Hva kan ha bidratt til unngåelse? Har det vært kognitiv fusjon, begrunnelse og et rigid begrepselv, og/eller lav aksept, uklare verdier og lite forpliktelse til handling?

Man ser også på om pasienten tror på forjevnes strategier, og har kortvarig lettelse

av unngåelse. Kan endring medføre tap av omsorg og mer ansvar og plikter, og støtter nærpersoner unngåelse, for eksempel fordi det knytter pasienten til dem?

Også personens psykologiske fleksibilitet, og evne til endring, vurderes. Hvordan er erfaringene med oppmerksomt nærvær, å være sterkt til stede, å handle i tråd med sine verdier selv om det ga ubehag, og med selvironi, le av seg selv, og nå mål? Terapeuten må også vurdere hvor holdbart forholdet til pasienten er, og om pasienten kan trekke seg hvis terapeuten blir nærgående.

## Terapeutiske tiltak i ACT

### Ikke alle trenger ACT

Noen har fulgt «hjemmelagede» regler, og/eller gått i behandling, i forgjeves forsøk på å kontrollere og unngå situasjoner, tanker og følelser (Hayes et al., 2012). ACT trengs for de som «står fast» i uhensiktsmessige løsninger, og som må hjelpes til å se at de må handle for å oppnå endring. Det skjer gjennom samtaler for å forberede pasienten på eksponering, tilvenning, å lære og bruke ny og alternativ atferd, og andre grunnleggende atferdsanalytiske og -terapeutiske metoder. De som ser at det er slike metoder de trenger, trenger ikke ACT.

### Metaforer, lignelser og øvelser

I ACT brukes mye metaforer og lignelser. De er lette å huske, ikke-dirigerende og uanalytiske, og kan gi nye forståelser av oss selv og verden. Å tolke dem, og å ta initiativ til endring, er opp til pasienten, og de velges ut fra hva som er aktuelt i behandlingen. Det brukes også hjemmeøvelser for å observere seg selv og omgivelsene, og for å opptre på nye måter (Hayes et al., 2012). I forenklet form brukes ACT også for barn (Fang & Ding, 2020), og folk med lett utviklingshemning (Hoffmann, Contreras, Clay & Twohig, 2016).

### Terapeut-pasientforholdet

Terapeuten kan ikke lære pasienten noe den ikke kan selv, og må kunne gi eksempler

på egen psykologisk fleksibilitet, for å hjelpe pasienten til å åpne seg, oppgi kontroll, og oppleve tanker, følelser og situasjoner. Aksept og handling er ubehagelig, og terapeuten må ta trygt imot, og normalisere pasientens opplevelser. Konfrontasjoner må ikke være mer belastende enn pasienten tåler. Terapeuten skal ikke «forskrive» løsninger, men formidle en ACT-forståelse som kan gi pasienten nye veier (Hayes et al., 2012). Det skjer skulder ved skulder, uformelt og uhøytidelig, og med humor, ironi og respekt (se Hayes et al., 2012, s. 155–156).

ACT skjer i overlappende deler (Hayes et al., 2012). Del 1–4 er om å akseptere det som ikke kan kontrolleres, gi slipp på nytteløs kontroll, gruble mindre på fortid og framtid, være tilstede her og nå, altså oppmerksomt nærvær, og om å revidere selvoppfatninger, løsrive seg fra ords makt og logisk tenkning, ta språket mindre alvorlig, styrke konkret erfaring og «slippe inn frisk, ikke-verbal luft», og i det hele tatt se at det som er prøvd, ikke virker, og at det trengs en ny tilnærming (Hayes et al., 2012). 5–6 tar for seg *forpliktelse* til atferdsendring.

### 1. Kontakt med øyeblikket: Seg selv som prosess

Målet er ikke å «fjerne» vonde tanker og følelser, eller å oppnå ro ved å fjerne ubehag. Det blir lett unngåelse av opplevelse som virker mot sin hensikt. Målet er heller å kunne akseptere mer. Vi kan tro at tanker og følelser handler om fortid og framtid, men de skjer *nå*. Livet er nå, og vi kan bare *gjøre noe* nå. Dermed nytter det lite å vente på at ubehag skal forsvinne, og problemer bli løst, og kanskje bedre å observere ubehag og gleder som skjer nå, og å få kontakt med verdier, vitalitet og kreativitet, jfr. tittelen på en selvhjelpsbok i ACT (Hayes & Smith, 2005): *Get out of your mind and into your life*.

En øvelse er å få pasienten til å være i øyeblikket, og lukke øynene, puste, og kjenne etter kroppslige fornemmelser, uten å kjempe imot. En annen er å spørre hva pasienten opplever, særlig når den endrer

eller ikke viser affekt, og å oppfordre den til å være generelt oppmerksom på tanker, minner og følelser som dukker opp, ikke minst angst og tristhet, både i samtalen og ellers, og å gå turer «mindfullt». Pasienten kan også øve på å se andre som *mennesker*, ikke ting. Andre muligheter er å stoppe opp, og ta småpauser, både i terapitimene og ellers. Alt dette, utført rolig og trygt, kan være nyttig særlig for oppjagede pasienter som er hektisk aktive med å holde vonde tanker fra livet, og snakker i ett sett.

## 2. Aspekter av selvet

Pasienten kan ha et rigid begrepsselv, vansker med å observere seg selv, *være* begrepsselvet, forsvare det, og ikke ville se at det kan endres. Problemløsning kan skje ved å se situasjoner *ut fra* begrepsselvet, automatisk. «Det er umulig for meg», eller «Jeg er aggressiv», som svekker sjansen for å få nye erfaringer, se saker fra andre sider, og endring. «For å slippe ut av et fengsel, må vi se det» (Hayes et al., 1999, s. 183). ACT vil derfor mykne begrepsselvet, og få fram at det består av det vi faktisk gjør, inkludert verbal aktivitet. ACT vil også styrke perspektivselvet, det vil si å observere hva vi gjør og hvorfor, og å prøve noe nytt.

Pasienten kan skrive ned hendelser som har vært formende, og måter å forstå dem på. Hva er reelt og hva er subjektivt? Man kan gå gjennom pasientens selvendringer, i faser av livet. «Jeg har alltid vært meg», men ikke på samme måte? En lignelse er selvet som sjakkbrett: «Jeg» er brettet, som ser brikkene. Brikkene kjemper, slik jeg kjemper mot tanker og følelser, men skader ikke brettet, og heller ikke mitt perspektivselv. En annen øvelse går ut på at pasienten har «spilt»: Pasienten var for eksempel glad, men kom på at den var trist. Da er det et «falskt» og et «ekte» selv, som pasienten kan oppdage ved å «bruke» perspektivselvet. Å tørre å se «hvem jeg er», kan styrke selvironi og svekke selvhøytidelighet, som er motsatt av unngåelse.

## 3. Defusjon

For eksempel å unngå vold *bør* fusjoneres, men fusjon kan også være å følge regler slavisk for å unngå å oppleve, som kan utelukke nye gode erfaringer. Problemet er ikke å tro noe, men å være festet til det, og ikke å reagere på opplevelser som opplevelser, men som absolutter. Målet er å avdekke kognitiv fusjon, skille tankene fra tenkeren, og å sette tenkning opp mot erfaringer. Stoler du på det du tenker, eller på erfaringer, og er det tankene eller du som avgjør? Sinnet sier noe, men må vi følge det? Pasienten kan oppdage kognitive og emosjonelle barrierer som svekker handling. Man prøver også å svekke begrunnelse ved å drøfte om tanker og følelser er årsak til øvrig atferd, altså om de må følges, og bruk av «men», som kan indikere motstand.

Tanker kan ligne på TV. Tror vi på alt som sies der? Eller går det an å handle annerledes enn vi tenker? Et tema kan være «tanker bare som tanker», og «sinnet bare som sinnet», som den tankemaskinen det er. Sinnet kan «tas med på tur»: Terapeuten er «sinnet», går bak pasienten, og befaler, men pasienten overhører det. Andre øvelser er å «sette» en tanke på et løvblad som flyter bort, si hemmende ord og tanker, som «Jeg kan ikke ...», mange ganger, slik at deres effekt svinner (Masuda, Stormo, Feinstein et al., 2010), og å bestemme seg for noe man ikke vil tenke på, for å se at man nettopp tenker på det. Psykotiske pasienter kan beskrive sine hallusinasjoner, og sine reaksjoner på dem, som å adlyde eller prøve å unngå dem.

## 4. Pasientens endringsagenda, og aksept

Mange har altså villet kontrollere ubehagelige tanker og følelser, og kommet i en ond sirkel. Fåfengte løsninger gjennomgås, og anerkjennes som normale. Noen «kan ikke» endre atferd før årsaker er borte, men vi kan ikke endre årsaker og historie, bare *forholdet* til det. «Kreativ håpløshet» er å tro mindre på det kjente, bli åpnere for å oppsøke det unngåtte, og se at det trengs en ny tilnærming. Det går an å handle på tross av ubehag,

og en mulighet er å akseptere ubehag når endring krever det, og å lære aksept som en generell verdi, og som ferdigheter i villighet. Også ubehag som vekkes av vonde minner om opplevelser som har formet en, må aksepteres for å se at strategier ikke har virket, og for å endre atferd. Gode handlinger gir «ekte» gode følelser, og å tåle ubehag oppøver defusjon: Ubegag kan faktisk utholdes.

En som faller i kvikksand, sparker gjerne for å komme opp, og synker mer enn om kvikksanden aksepteres. Mater vi en tigerunge, er den fornøyd, men vokser, og tar deg til slutt. Nytt det å mate «angsttigrer» for å unngå at de tar deg? Hvordan går det å kjempe mot angst på en løgnedektor? I kamp mot en overmakt må vi kanskje gi opp før eller siden? Kinesiske håndjern er et flettet rør som en finger fra hver hånd stikkes inn i. Røret strammes av bråe forsøk på å komme løs, og pasienten kan prøve selv.

## 5. Verdier

Noen kjemper så mye mot ubehag at det skygger for det viktige i livet, og mister kontakten med sine verdier. Verdier er ikke følelser som svinger, noe som vi tenker oss fram til for å behage andre, eller absolutte krav til oss selv. De er relativt stabile generelle retninger for livet, og *aktiviteter*, som vi eier selv, og som kan dempe behovet for å søke ensidig etter gode følelser. De er grunnlag for oppnåelige mål, og for å gjøre «vårt beste». Å mislykkes, og å ha tilbakefall, betyr ikke at verdier er gale – oftest kan vi prøve igjen.

Et tema er hva pasienten vil at livet skal stå for, og pasienten kan til og med spørres om skrift på gravsteinen. «Hun unnvek mye» eller «Han vegret å velge»? Andre øvelser for å svekke et unnvikende mønster, er å skrive sin begravelsestale, eller en kort selvbiografi, og «å verdsette med føttene»: Hva fører dine verdier deg mot? Hva må du akseptere for å gå dit? Pasienten kan også nedtegne verdier angående familie, jobb, utdanning, fritid, samfunn, livssyn, helse, miljø, kultur og estetikk. Generelt gjelder det å oppmuntre til positiv aktivitet, og ikke skåne pasienten

for harmløse ubehag som aktivitet oftest vil dempe.

## 6. Forpliktelse til handling

Forpliktelse er ikke lydighet, å oppfylle forventninger, eller sosial suksess, men personlige forsøk. Behandling uten atferdsendring er uansett liten vits. Ser pasienten det, og vil den endring, eller bryter det med begrepsselv og historie? Endring krever å se på hva som fungerer, og på *nyttige* regler, og å konfrontere det unngåtte. Pasienten må ikke presses, og må «eie» tiltak som utarbeides sammen med terapeuten, som å begynne å jobbe, møte til avtaler, hjelpe mer hjemme, drikke mindre, eller få ny lærdom. Barrierer kan dukke opp og utløse unngåelse, og må passeres. Forpliktelse er litt som å brette opp ermene, og å være selvsikker, som kan gi nye erfaringer som igjen kan styrke ens verdier. Å mislykkes utelukker ikke å gå tilbake til forpliktelser.

Du vil opp på et fjell, og merker knapt at du går oppover, men fra avstand ser andre at du gjør det. Retning er viktigere enn fart, men å ville krever innsats. Målet er at pasienten blir villig til å oppleve det den har strevd med og prøvd å endre, helt og uten forsvar, slik det faktisk er, og til å gjøre noe aktivt i verdsatt retning (Wilson et al., 2001).

## Noen kritiske vitenskapelige kommentarer til ACT

### (Funksjonell) kontekstualisme

O'Donohue (2023) kommenterer at ACTs temmelig uontologiske syn, der verdier og sannhet «bare avhenger av den tenkende agentens hensikter, og i hvilken grad en påstand vurderes å «virke» for agentens spesielle hensikter» (s. 959). At ingenting er sant, åpner for å framstille ting subjektivt, og i verste fall «vri» på ting i pragmatisk hensikt. Det er relativistisk, og «machiavellisk» i betydningen «hensikten helliger midlet». O'Donohue mener at et radikalt uontologisk syn kan vekke motstand, være lite effektivt i kontakt med andre, og gjøre det vanskelig

for ACT å bli godtatt, som neppe er pragmatisk. O'Donohue illustrerer ACTs sære vitenskapssyn med at Pepper, altså han bak kontekstualisme (men kalte pragmatisme), er nærmest ukjent sammenlignet med for eksempel Popper.

En annen sak er om «uontologi» skaper problemer i behandling. Tvert om kan det kanskje bidra til at psykoterapi ikke blir pakkebehandling, men legges opp etter pasientens situasjon og fungering. ACT er neppe heller så uontologisk som ACT-folk hevder, og *har* en modell for utvikling av patologi, og for behandling.

### Upresise begreper og prosesser?

Hayes et al. (1999) skriver at ACTs teknikker ble til ved å låne mye «fra andre steder – fra menneskelig potensialbevegelsen, østlige tradisjoner, atferdsterapi, mystiske tradisjoner og lignende» (s. 15). ACT har likheter med blant annet kognitiv atferdsterapi, opplevelsesorientert terapi, humanistisk og eksistensiell terapi, men innlemmer «forskjellige ideer i en sammenhengende innovativ teoretisk ramme» (s. 16), mens Dougher (2002) skriver at mange ACT-begreper kan forbindes med «eksistensialisme, humanisme, Zen-buddhisme, gestaltterapi og andre opplevelsesbaserte terapier» (s. 323). Dermed er det forståelig at en del ACT-begreper er «løserer» enn mer tekniske atferdsanalytiske begreper. O'Donohue (2023) nevner blant annet å «være til stede og i kontakt med det nåværende øyeblikket», «tilknytning til begreps-selvet», «overskridende opplevelse av selvet», «erkjenne hva ditt sinn prøver å gjøre» og «deiktisk innramming», som er komplekse private prosesser. Det er vanskelig å beskrive og måle hva som inngår i dem, de er vanskelige å avgrense, og ingen redskaper måler dem godt. For eksempel aksept glir unektelig over i psykologisk fleksibilitet og i oppmerksomt nærvær, som igjen glir over i hverandre. Mange og overlappende begreper bryter med *parsimonitet*; å unngå unødvendige begreper.

Arch, Fishbein, Finkelstein og Luoma

(2023) påpeker mye av det samme. Det er vanskelig å påvise hvilke prosesser som fører til eventuelle endringer i hva, og forskning har så langt ikke gitt klare svar på det (Arch et al., 2023), jfr. at også de seks fasene behandlingen glir over i hverandre.

### Kan ACT bygge på RFT rent logisk?

ACTs forgjenger er omfattende distansering (comprehensive distancing, CD), som oppsto rundt 1980, mye ut fra Skinners (1957) forståelse av verbale prosesser (Holden, 2024; Zettle, 2005). Distansering var å redusere verbal påvirkning, også fra egne tanker, ved å se dem fra avstand. Også andre viktige deler av ACT, som begrunnelse, metaforer og perspektivselvet, fantes i CD, før RFT. En forgjenger for RFT var stimulusekvivalens, som Sidman beskrev i 1982, og som skal ha vært noe av grunnlaget for CD (Hayes & King, 2024). Mye av ACT oppsto dermed uten RFT som grunnlag. Også at det er vanskelig å se hvilke RFT-eksperimenter ACT bygger på, kan gjøre det vanskelig å se RFT som mye mer enn en generell teoretisk måte å forstå og begrunne ACT på. Kognitiv atferdsterapi oppsto, enkelt sagt, ved å observere hvordan deprimerte og engstelige mennesker tenker, og å erstatte det med hvordan sunne mennesker tenker, det vil si et rasjonelt klinisk grunnlag (Holden, 2009; 2024a). Dette ble kombinert med grunnleggende atferdsterapeutiske og -analytiske metoder som eksponering, responsprevensjon og gradvis tilnærming. Også ACT ble nok langt på vei til slik, litt imot ACTs selvbeskrivelse.

### Verdier: Et vitenskapelig begrep, og spesielt for ACT?

Innenfor ACT forstås verdier altså som noe som skal gi stabilitet og langsiktighet, og motstand mot kortsiktige løsninger (Hayes et al., 1999, se foran). Hvordan verdier påvirker atferd, er imidlertid «ikke godt vitenskapelig forstått» (Hayes et al., 2006), og O'Donohue (2023) kritiserer flere sider ved begrepet 'verdier' slik det brukes i ACT.

Definisjonen er uklar, blant annet ved at det knapt kan skilles mellom «dype» verdier og mer overflatiske ønsker, og at verdier neppe kan måles godt. Verdier sies å være «fritt valgte», men hva med påvirkning fra kultur, foreldre og omgangskrets, og fra terapeuter, og hvordan skille verdier fra etikk, moral og det sosialt ønskelige? Hva gjør terapeuten når pasienten har forkastelige verdier? Hvor stabile er verdier, og hva når de endres? Et annet problem er stor vekt på selvrappport, og liten vekt på konkret atferd, og hvor pålitelig er dette når pasienten også skal beskrive verdier på mange områder? Nok et problem er verdier som noe som virker for *personen*, men hvis ACT springer ut fra en vitenskapelig evolusjonær forståelse, bør vel også hensynet til andre og til samfunnet inngå (som i Skinners, 1971, s. 101–126, analyse av verdier)?

Spørsmålet kan derfor være om verdier å la ACT er mer enn generelle levereregler og holdninger. I den grad de er bevisste og «verbalt konstruerte», kommer vi ikke like langt med Skinners (1966/1969) forståelse av «regelstyrt», altså verbalt påvirket, atferd? Den sier ikke minst at regler kan gjøre oss mer ufølsomme for konkrete betingelser, som er viktig når vi skal etterleve en verdi, som vel krever å stå ved noe, som også Hayes et al. (2012) skriver (s. 52–54). ACT legger neppe heller særlig mer i 'verdier' enn vår kultur gjør. Googlesøket «Hva er verdier?» gir KI-svaret «Verdier er grunnleggende oppfatninger som styrer valgene og handlingene våre, fungerer som et moralsk kompass og gir retning i livet.» Det er svært likt ACT-definisjonen. ACT er heller ikke alene i psykologien om å vektlegge verdier. Tunc, Morris, Williams og Kyranides (2024) gjengir en definisjon fra 1992, da ACT var i støpeskjeen. Den sier at verdier er «varige oppfatninger som styrer folks holdninger og handlinger på tvers av flere livsområder» (s. 1). Innenfor både folkehelse og klinisk psykologi er det økende interesse for verdiers helsemessige betydning, blant annet for angst og depresjon (Tunc et al., 2024). Som

innenfor ACT framheves nytten av å «hjelp folk til å identifisere sine verdier, og å støtte dem i å leve på en måte som stemmer med disse verdiene» (Tunc et al., s. 6).

## Del 2: ACT sammenlignet med rasjonalitet, erfaring og folkepsykologi

Det er mer vitenskapelig å si om ACT, men temaet er altså ACTs forhold til rasjonalitet, erfaring og folkepsykologi. Sistnevnte handler om mye (Andrews, Spaulding & Westra, 2020), men synes ikke å ha tatt spesifikt for seg folks forhold til ACTs forståelse og metoder. Jeg må derfor ty til måter som folk kan tenke, snakke og opptre på, og som kan forebygge og løse psykiske vansker, særlig ut fra ordtak (Almenningen, 1999), uttrykk (blant annet Mortensson–Egnund, 1986) og egne observasjoner. Poenget er ikke hva folk *typisk* gjør. Folk er forskjellige (sic), og poenget er hva som *forekommer* blant folk, og som ligner på ACT. Gjennomgangen av dette følger langt på vei gjennomgangen av ACT, og med like eller lignende overskrifter.

### ACTs filosofiske grunnlag, (funksjonell) kontekstualisme, i vår kultur

Når det gjelder hva atferd *er*, bryter radikal behaviorisme med vanlige oppfatninger i den grad folk betrakter atferd som «bevegelse, kjertelutskilling og allment observerbare handlinger» (Hayes et al., 2012, s. 33), ikke også som tenkning og føling. På spørsmålet «Hva gjør du?», kan vi imidlertid svare at vi tenker eller føler noe, og knapt noen har protestert når jeg har inkludert det private i 'atferd'. Apropos å *forklare* atferd er mentalisme utvilsomt utbredt, og folk viser ofte til for eksempel intelligens og vilje, kun med grunnlag i atferden som skal forklares. Også å snakke om hjernen som en *aktør* som styrer resten av individet, er vanlig, som om det starter i hjernen (Holden, 2000). Folk forklarer imidlertid atferd også

med konkrete hendelser, både foranledninger og konsekvenser, og verbale faktorer i form av hva de tenker, sier, hører og leser. Folk bruker med andre ord en blanding av mentalistiske forklaringer, og forklaringer i tråd med radikal behaviorisme (Leslie, 1997; O'Donohue et al., 1998).

Folks måter å forklare atferd på, er også forenlige med Peppers (1942) rotmetaforer. Mange er fascinert av menneske- og personlighetstyper, og av diagnoser, og får en aha-opplevelse når egen og andres atferd stemmer med en kategori, som blir *formisme* hos Pepper. For mange er kategorier også forklaringer, som når atferd forklares med personegenskaper eller gruppetilhørighet à la «hun stjeler fordi hun er en tyv» (Andrews, 2008), som Ryle (1949) kalte disposisjonell forklaring, og som i beste fall kan gi nyttige forholdsregler.

Det er også vanlig å forstå atferd som resultat av utvikling i relativt bestemte stadier à la hos Freud og Piaget, det vil si Peppers *organisisme*. «Vi må lære å krype før vi kan lære å gå», «hun vokser det av seg», rampete oppførsel er «gutters vis», er vanlig ordtak eller uttrykk, og vi kan høre at «han er umoden fordi hjernen ikke er ferdig utviklet», det vil si at atferd endres nærmest av seg selv, som planters stadier. Utvikling kan tilsynelatende skje så automatisk at det er vanskelig å se hvordan den er miljøpåvirket.

Vi spør ofte om hvorfor vi selv og andre gjorde, gjør eller skal gjøre noe, som om vi kan beskrive en kjede av hendelser som fører til en gitt handling, det vil si *mekanisme* hos Pepper. Eksempler er å *ikke kunne* gjøre noe eller avstå fra noe på grunn av angst, tristhet og annet, å  *måtte* slå på grunn av sinne, og at atferdsendring  *krever* forståelse, som om alt kan forstås, og forståelse gir endring. «Mekanikere» vil derfor gjerne vite  *hvorfor* noe skal gjøres før det kan gjøres, forklare heller enn å gi beskjeder, og spørre «Hvorfor slo du?» heller enn «Ikke slå».

Fra et kontekstualistisk ståsted har de de tre rotmetaforene begrensninger. Formistiske forklaringer kan altså åpne for prediksjon,

men knapt mer. Organistiske forklaringer kan stemme ved at det som forventes, skjer, men sier ikke noe om årsaker, og kan gi passivitet. Mekanisme sier noe om årsaker, men kanskje «for mye», som når mekanismen er usikker eller hypotetisk.

Mange «er» imidlertid også kontekstualistiske, og opptatt av at «vi er forskjellige», ikke minst ved at private verdier er bevisste, og grunnlag for hva vi gjør og for vår selvbestemmelse. Mange har nok også sans for å handle praktisk, og finne løsninger, og oppmuntrer andre til det, i alle fall så lenge løsninger er effektive og humane. Mange ser at å forstå og ta hensyn til «alt», er umulig. Foxx (1996) mener at noen av oss er «naturlige atferdsanalytikere», og at noen ikke er det. Kan vi si det samme om kontekstualisme? En  *forskjell* mellom dagligliv og ACT, kan være at folk er mer tilbøyelige til å ville påvirke andres verdier, enn ACT tar til orde for (se Waltz & Follette, 2009).

## Folks forståelse av årsaker til problemer

### Språket kan volde problemer for alle

Wilson et al.s (2001) eksempler på hvordan normal verbal fungering kan skape vonde opplevelser (se foran), er ikke fra eksperimenter, men fra dagliglivet. «Alle» kjenner dem, og slik kunnskap fins i uttrykk som å grave seg ned, gruble, vikle seg inn i tanker, overtenke, tankespinn, tankekjør (som også har blitt et klinisk begrep), tenke til vi blir sprø, synes synd på seg selv, tanker og minner dukker opp, ting minner meg på ..., og at et skjevt ord kan ødelegge alt. At tenkning kan gjøre mer skade enn godt, opptrer i ordtak som «For mye klokskap er dårskap» og «For mye lærd er lite verd». I over 1000 år gamle *Hávamál* (Mortensson-Egnund, 1986) står det at «Vitlaus mann vaker all natti, tenkjer både opp og ut. Han er trøytt og mod når morgenen kjem, og alt er flokut som før» (s. 12).

At vansker ikke trenger å skyldes sykdomsprosesser, men unike og komplekse

tilpasninger, i dette tilfellet verbale, er også i tråd med psykiatrikritikk fra Laing og Szasz til Skinner (Goddard, 2014), og med synspunkter fra brukerhold (Timimi, 2021).

### Relasjonell rammeteori i dagliglivet

RFT dreier seg om verbal aktivitet som vi utøver daglig. Å koordinere, sammenligne og vurdere motsetninger, årsaker og betingelser (se foran), bedriver vi stadig, og vi merker virkninger av det, også på vondt, i tråd med ACTs forståelse. Tenker vi etter, finner vi også eksempler på at ord får nye funksjoner, at tenkning kan bli mer og mer innviklet og vanskelig å komme ut av, og kan stenge for handling. Vi trenger neppe RFT for å kjenne til slike måter å fungere på, og kan tenke oss fram til mye av det som RFT går ut på, slik Skinner (1957) gjorde i *Verbal Behavior* (Layng & Linnehan, 2023; Schlinger, 2017). Tonneau (2001), en atferdsanalytiker, mener at RFT knapt er mer enn sunn fornuft.

### Noen prosesser som skaper ekstra problemer

*Kognitiv fusjon:* Spørsmålet er hvor forskjellig det er fra ord og uttrykk som å være rigid, skråsikker, sta, lukket og ikke åpen for å se ting på nye måter eller fra andre perspektiver, som vi kan observere hos oss selv og andre. Fenomenet fusjon bør dermed være relativt kjent, og kjennskap til RFT vil neppe øke forståelsen eller å ta konsekvensen av det mye.

*Unngåelse av opplevelse:* At vi unngår konkrete stimuli og situasjoner, er kjent, men de fleste har nok også erfart å ville endre ubehagelig private tilstander i mer behagelig retning. Vi kan prøve å få bort vonde tanker og følelser, tenke positivt, tenke på noe annet, avlede oss selv, «finne den gode følelsen», «instruere» oss selv til ikke å tenke på noe, og si «ikke snakk om det». De fleste har nok også utført handlinger som skal gi bedre private tilstander, å la de som nevnes i forbindelse med ACT (se foran), og erfart at de bare er kortsiktige løsninger, jfr. ordtaket «Etter den søte kløe kommer den sure svie», at det kan

gjøre vondt verre og er å skyve problemer foran seg, og at det kan utsette eller hindre handling.

*Begrunnelse:* Ord og uttrykk som i praksis sier det samme, er unnskyldning, bortforklaring, påskudd, gi seg over, gi etter for, og la seg stoppe. Mange av oss kan nok se hvordan vi og andre «bruker» hendelser, opplevelser og tilstander for å *utelukke* å gjøre noe godt og for å *måtte* gjøre noe dumt.

*Selvet:* Mange ser at egne og andres selvbeskrivelser kan bli rigide og begrensende, og at de må frigjøre seg, og prøve å frigjøre andre, fra dem, eller fra et lite utviklende begrepselv, som det heter i ACT. Mange ser betydningen av å se seg selv, opplevelser og situasjoner fra flere vinkler med alvor, selvironi og humor, og at selvpoppfatninger kan endres med erfaring. De «har» i praksis ACTs perspektivselv, og vet det.

### Folks grunnleggende syn på endring

#### Ikke bare førsteordens, men også andreordens, endring

Vi varierer selvfølgelig i hvor unnvikende eller direkte vi er. Noen «må» ha fravær av smerter, angst, tristhet og andre ubehag for å kunne gjøre eller ikke gjøre noe. De tenker førsteordens endring (og mekanistisk). Andre lever etter ACTs «bud» om at vi kanskje aldri kommer i gang hvis vi skal vente til situasjonen er gunstigst, og at det er bedre å «brette opp ermene» og «hoppe i det», selv om det kan gi ubehag en stund.

Variasjonen avspeiles også i hvordan vi hjelper hverandre. «Andreordensorienterte» foreldre og lærere gir beskjeder om gode handlinger i stedet for forklaringer og oppfordringer som barn ikke har lært å følge. De er kontekstualistiske, og praktiserer *følgning* (pliance) (Hayes, Gifford & Hayes, 1998) til barnet er klart for *sporing* (tracking) (Hayes et al., 1998), det vil si å få råd som de selv vurderer om de vil følge. Alt dette gjør vi også i symmetriske relasjoner til hverandre. En venn av meg var enormt fyllesyk. Flere *argumenterte* for å få ham til å begynne på en

halvliter, eller til å reparere, men forgjeves. Jeg sa «kom igjen, ta en slurk» og lignende, gjentatte ganger, og *så ham i øynene og smilte*. Jeg gikk rett på atferden. Etter kort tid drakk han, og kom seg. Jeg hadde ikke hørt om ACT, men tenkte nok litt ACTsk, som nok en del gjør.

### **Aksept, psykologisk fleksibilitet, sindighet (mindfulness) og helse**

De fleste har ikke psykiske lidelser, er velfungerende, tåler anstrengelser og ubehag, unngår lite, lar ikke vonde tanker og følelser styre for mye hva de gjør, er åpne for at det de mener om årsaker til sin atferd, kan endres, kan stå for noe og engasjere seg i noe godt, fokuserer lite på det de ikke kan gjøre noe med, prøver å venne seg til ting eller å vente til «det går over». De er *tålsumme*, som langt på vei betyr aksepterende, og sindige (mitt norske ord for mindfulness/oppmerksomt nærvær). De følger ordtak som «Det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det», «Vi får ta dagen som den kommer/verden som den er», «Den som intet våger, intet vinner», «Utsett ikke til i morgen det du kan gjøre i dag», «Du kjem ikkje til fjells på ein flat veg», «No pain, no gain» og «Vondt skal vondt fordrive». De går ikke «som katten rundt den varme grøten», har «is i magen», «står i det», bryr seg ikke om det, lar det ikke gå inn på seg, gjør det beste ut av det, og dømmer ikke unødig. Fra filosofien har vi «stoisk ro», og en klok dame i Ringsaker sa at «Når dagen [som du gruer deg til] kjæm, så går'n». Mange lever kort og godt i tråd med ACTs hexaflex-modell (se foran), det vil si «sunt». Bevisstheten om det må være lært gjennom kulturell praksis, og når den er så stor som den er, jfr. de mange ordtak og uttrykk, må det være begrenset hvor mye ny innsikt ACT gir.

### **Uhelse**

Noen er like *uvillige* til å akseptere at ubehag er en del av livet, at ubehag kan leves med, og at vi må leve med det som vi ikke kan bli kvitt, à la de som «sverger» til førsteordens

endring. De er like uvillige til å handle på tross av ubehag, til å observere situasjoner og private tilstander uten å bedømme dem, og i den grad de er negative, til å bedømme dem som noe som ikke *må unngås*. De er unnvikende og lite sindige. Vi kan se dette som et problem hos andre og oss selv, uten å kjenne til ACT.

### **Prinsipielt samme typer hjelp på tvers av problemer**

Også ACTs transdiagnostiske tilnærming har paralleller i dagliglivet. Vi snakker om tøffhet, robusthet og mestringssevne som generelle egenskaper, om at det er «tak i» personen, og om «tål» (av å tåle) og «god to» (stoff). Mange har erfart at ubehag går over når de blir vant med situasjoner, og lærer å opptre i dem. De ser at det gjelder generelt, og at det er nødvendig for vekst og utvikling. En «kjepphest» jeg har, er at det skjer mer atferdsendring privat enn i behandling. Folk bedriver selvendring, hjelper hverandre og oppdrar barn, på mange områder.

### **Folkelig kritisk sans, eller «kasusformulering»**

Vi setter oss mål, ofte bare lette «nyttårs-ønsker» som knapt har annen funksjon enn at det føles godt å drømme om endringer. Når vi «offentliggjør» mål, kan det være for å oppfylle andres forventninger. Etter hvert kan vi slutte å tro på våre mål. Noen av oss er imidlertid kritiske til hvor viktige og realistiske våre mål er, og «kasusformulerer» oss selv.

Når det gjelder andres mål, er det grenser for hvor mange ganger de litt kritiske blant oss gidder å lytte og hjelpe hvis den andre gang på gang gjør lite for å nå dem. «Vilje» kommer av å velge (Falk & Torp, 1906), det vil si å gjøre noe aktivt, ikke bare si noe. Heller enn å ta personen alvorlig, kan vi svare at «du har sagt det før» eller «det er lett å si», og ignorere det. Hvis personen skal «skjerpe seg», kan vi spørre «hvorfor har du ikke gjort det før?», og om det egentlig har vært viktig for personen. Liv og lære samsvarer ikke.

Ibsen harselerer med liten vilje i Peer Gynt: «Ja, tenke det, ønske det; *vilde* det med, – men *gjøre* det! Nei, det skjønner jeg ikke!»

Har vi *litt* tro på personen, kan vi presse den på om den virkelig vil gjøre det som kreves, og om det er viktig nok. Har personen en historie med å nå mål, god samarbeidsevne, troverdig innstilling til at der er viktig, og vi fornemmer nødvendig aksept, psykologisk fleksibilitet og handleevne, blir det enda mer interessant å hjelpe. Selv bruker jeg tradisjonell atferdsanalytisk matchingteori (Reed & Kaplan, 2011): Vil det gi mest, eller være mest forsterkende, for personen å endre atferd eller å fortsette som før? At atferdsendring kan være vanskelig eller direkte uønsket, framgår av ordtaket «Gammel vane er vond å vende».

Vår vurdering er mye basert på historikk, men også på hva som «rører seg» i personen. Det private er ikke helt privat. Hvis det var det, hadde vi ikke kunnet lære å beskrive oss selv. Vi har lært det særlig fordi andre har sett hva som har skjedd med oss, og sett ytre atferd som korrelerer med indre tilstander, slik Skinner (1957) drøftet det. Etter hvert lærer vi å tolke indre tilstander hos andre, og langt på vei se at andre lyver, overdriver, har dårlig samvittighet, er halvhjertede, negative, kvier seg, egentlig ikke vil eller ikke kan snakkes direkte til, og vice versa. Mye av den private unngåelsen som ACT vektlegger, inngår med andre ord i hvordan vi kan vurdere andre.

### Folkelige «terapeutiske tiltak»

#### Ikke alle trenger hjelp til å innse problemer

Noen har innsikt og selvkontroll nok til å endre atferd nokså direkte, og gir seg i kast med noe utrygt, uten å måtte *lære* at det kan være best. «Snille barn tukter seg selv.» Når vi hjelper andre, kan vi, som i ACT, oppfordre og oppmuntre til konkret handling, inkludert å slutte med noe. I fortsettelsen skriver jeg både om selvendring og om å hjelpe andre.

### Metaforer, lignelser og øvelser

Noen kjenner få metaforer og lignelser, eller har ikke nytte av dem, men for mange er de visdom om komplekse situasjoner, og tankevekkende. Det mange gjør, stemmer altså med ACTs bruk av dem, og begrunnelse for det. En annen ting er om ACTs bruk av slike virkemidler er overdrevet, og om det er for mye «teskje». Selv hadde jeg neppe hatt hjelp av å «plassere» vonde tanker på et løvblad som flyter nedover en bekk (se foran).

Også øvelser er kjent fra dagliglivet, men kanskje mest i form av å eksponere seg for ting og situasjoner for å venne seg til dem, og mange ACT-øvelser vil nok overraske. Neppe noen har for eksempel tatt «sinnet med på tur» (se foran), selv om det minner om å stå på sitt, stå for noe, og hevde seg selv. Men også mer spesielle øvelser forekommer i dagliglivet. På 1950-tallet spilte en på Wolverhampton Wanderers en svak kamp. Da stadion var tømt, tok manager Stan Cullis spilleren med ut på banen, som lå i mørke, og ba ham om å vise hullet som han hadde gjemt seg i gjennom kampen (Cullis, 1960). Flere har spilt roller, og sett variasjoner i egen og andres atferd som viser hva vi klarer, og som kan svekke eventuelle rigide selvoppfatninger. Ikke bare personer med autismespekterforstyrrelse, men også med depresjon, angst, rus, sinne og andre tilstander, *kamuflerer* gjerne tilstanden (Holden, 2025).

Rob Kohlenberg, en grunnlegger av funksjonelt analytisk psykoterapi, sa på ABAI-konferansen i 2015, at han ikke så poenget med ACTs øvelser, og hatet dem. De kan undervurdere pasienten, og være inngripende, og han nevnte å skrive sin egen begravelsestale. Selv spør jeg om kinesiske håndjern (se foran) trengs for å se at forsøk på løsninger kan gjøre vondt verre?

#### «Terapeut-pasientforholdet», eller å hjelpe andre

At der er viktig å kunne det vi skal lære bort, vise til egne erfaringer og gi relevante eksempler og demonstrasjoner når vi skal

hjelpe andre, er en vanlig oppfatning. Pratomakere hører vi lite på. Også personlig støtte og varme kan ha mye å si for at den andre skal «få troen», og gjøre noe som koster. Det er også vanlig å tenke at å være på like fot med den man skal hjelpe, og ikke sitte på en høy hest, er gunstig (når personen ikke er direkte ressurssvak). Det samme gjelder humor og vennlig ironi. Dermed er det vanskelig å se at vanlige verdsatte tilnærminger til å hjelpe andre, er så annerledes fra hva ACT tilstreber.

ACT består altså av seks faser, og jeg skal prøve å fram folkepsykologiske varianter av dem, både når vi skal hjelpe andre og oss selv:

### **1. Kontakt med øyeblikket: Seg selv som prosess**

Mange er uinteresserte i å høre på «uendelige» forsøk på å finne årsaker i fortid, som logisk nok ikke kan endres, og på forutsetninger for å gjøre noe, som neppe kan oppfylles. I stedet oppfordrer vi ofte andre til å bli ferdige med fortiden, løfte hodet, få hendene opp av fanget, og ikke kreve at alt skal være perfekt, men «fokusere» på det vi kan gjøre noe med, gjøre noe selv, prøve, handle, «få fingeren ut» og bestemme seg. Vi snakker også om å stresse ned, senke skuldrene, puste med magen, leve her og nå, og åpne sansene for lyder og lukter, i tråd med vanlige holdninger til sindighet, aksept, psykologisk fleksibilitet og førsteordens endring. Vi kan si det til andre, og til oss selv.

### **2. Aspekter av selvet**

Vi kan reagere når noen skryter av seg selv og vil være bedre enn de er, men også når noen beskriver seg som dårligere og mer fastlåste. Da kan vi komme med motforestillinger å la «det står ikke så dårlig til», påpeke ressurser, gi eksempler på mestring, som «husker du da ...?» og peke på suksesser. Vi kan oppfordre til mindre unnselighet og mer selvhevdelse, få personen til å fortelle hvordan andre oppfatter ham eller henne, snakke om å observere seg selv, om selvbeskrivelser er riktige, og spørre om personen kommer noen vei ved å snakke og tenke

om seg selv slik den gjør. Vi kan til og med være oppmerksomme på ikke å opprettholde personens rigide og negative måter å snakke om seg selv på, og framheve betydningen av aktivitet, ikke å ta seg selv så høytidelig, tørre å mislykkes og å dumme seg ut, og å le litt av seg selv. Alt dette kan vi også gjøre for oss selv.

### **3. Defusjon**

De fleste kan være kritiske til at det vi selv og andre tenker om oss selv og verden, ikke trenger å stemme, men det handler om *innhold*. Vi er inne på *funksjon* når vi mener at vi kan «gi blaffen i» eller ikke «bry oss om» hva vi hva vi tenker eller uroer oss for. De fleste har erfart å fokusere på det som er viktig og som betyr noe, og med å holde på sitt, stå fast ved noe, bestemme seg, bestemme selv, ikke distraheres, holde stø kurs og ikke vippes av pinnen. I likhet med forrige fase kan vi problematisere om vår og andres «modell» er så sikker som vi og de har trodd, og om det som tenkes og sies, særlig om unngåelse, er riktig. Det er neppe heller uvanlig å spørre seg selv og andre om det er bedre å prøve noe i praksis, enn å fortsette å tro at det er umulig, og bedre å «skjære» gjennom og gjøre det man mener er bra, enn å følge gamle vaner og regler som har holdt oss innenfor en liten «komfortsone». Når et ubehag har vært grunn til å unngå noe viktig, lurer nok en del av oss på om grunnen er absolutt, eller om det går an å handle på tross av den, og om det kan gi ny god erfaring. «Den som prøver lite, vet lite», sier et ordtak. Vi kan tenke på å bryte grenser, og mange av oss aner nok motstand og unngåelse når «men» dukker opp, både hos oss selv og andre.

### **4. Endringsagenda, og aksept**

Selv de mest velfungerende har stått litt fast, ikke minst ved å «måtte» forstå årsaker for å kunne gå videre, synes synd på seg selv, og unngå ubehag som man må gjennom for å oppnå noe. «Vi tenker så mye, og tør så lite», sier et ordtak. Det er imidlertid også vanlig å akseptere at noen ubehag må forseres for å komme videre, og å bli litt tøffere og kreve

mer av seg selv. De som gjør det, ser ofte at ingenting er som gode erfaringer og mestring, og «hvem husker de tapte slag på seierens dag?». Vi kan spørre oss om «virker det jeg gjør, mot sin hensikt», «kommer jeg noen vei?», og «er det tid for å prøve noe nytt?». Vi kan bestemme oss for å endre holdning, «ta skjeen i en annen hånd», innse at noe ikke kan gjøres noe med, slutte å «henge meg opp i ...», «ikke skyve ting foran meg», og «jeg kan hvis jeg vil». Vi snakker om «dørstokkmilen», om å «prøve for hardt» (på å unngå) og å «hogge over den gordiske knute», som selvfølgelig kan være verbal. En del av oss blir kloke av den skaden som mye unngåelse medfører, og vil ikke «gå over gjerdet der det er lavest». Alt dette kan også inngå i forsøk på å hjelpe andre.

### 5. Verdier

I forbindelse med atferd og atferdsendring i dagliglivet, brukes nok «holdning» like mye som 'verdier', som altså betyr omtrent det samme, som jeg var inne på. Trolig de fleste tenker over hva de egentlig vil og hvordan de vil leve, og setter seg mål og når til og med noen. At verdier og holdninger trengs for å sette seg reelle mål, ser mange. Å ville yte noe, gjøre så godt man kan, leve sunt, utvikle seg, være prososial og loydydig, tåle litt og lignende, er vanlige sunne verdier og holdninger som vi dels er bevisste på, og dels «bare gjør». Uansett er de lært i en kultur som har slike sunne elementer. Vi kan ha nytte av dem selv, og i hjelp til andre.

### 6. Forpliktelse til handling

Noen som vil endre atferd, ser nok før eller siden at de må slutte å tenke, prate eller sitte med hendene i fanget, og heller *gjøre* noe. Mange ser nok også at de bør ville det selv, og at å bli presset, eller å presse andre, sjelden gir godt resultat (bortsett fra når atferd går ut over andre). «Vi kan føre hesten til vannet, men den må drikke selv», skal Fritz Perls ha sagt. Det er opp til oss selv, vi må ta mot til oss, bestemme oss og *forplikte* oss, heter det. Aktuelle ordtak er «*Det hjelper*

*ingen tanke* utan tiltak», «Røynsla er ein god læremeister», «Ein lærer ikkje å symje før ein er i vatnet», og «*Mot fører mannen over heia*». På et kurs i «lederutvikling» som jeg var på for mange år siden, var «eksperimentér med ny atferd» et slagord. Vi kan være tålmodige med endring som går tregt, men også fornemme motvilje når unnskyldninger og tilbakefall fungerer som unngåelse, både hos oss selv om andre. Alt dette ligner mye på det som skjer i en kassusformulering, og særlig den fjerde av de forutgående ACT-delene. Mange ser nok at de som «passerer» den, kan ha det som skal til for å etablere et nytt mønster, og for ikke å gi opp hvis første eller andre forsøk mislykkes. Vanlige måter å forplikte seg på, er å «offentliggjøre» mål slik at det blir flaut å ikke nå dem, og å love å endre atferd, det vil si et løfte. De som ikke klarer alt selv, for eksempel på grunn av svake ressurser, eller at atferden angår andre mye, kan trenge mer konkrete virkemidler, alt fra trusler og sosialt press, til «gulrot», for eksempel atferdsavtaler (Holden & Finstad, 2010), og til og med farmaka. I sum er det mange måter å hjelpe seg selv og andre til å «ta utfordringer».

### Diskusjon

Det bør ha kommet fram at ACTs filosofi, modell og behandlingsmetoder har store likheter med deler av folkepsykologi. *Når det i tillegg er vanskelig å se* at eksperimentell forskning, særlig på RFT, er en direkte kilde til ACT, er det rimelig å anta at rasjonalitet og erfaring er en kilde til ACT. Som annen psykoterapi kan ACT derfor tas litt ned fra et vitenskapelig elfenbenstårn, og nærme seg folkepsykologien *noe* når det gjelder status. Kanskje gjelder det også atferdsanalyse generelt, som jeg nevnte innledningsvis, og har vært inne på andre steder (Holden, 2017, 2021), men det får bli tema for en egen artikkel. Ellers har jeg skrevet om situasjonen i dag, ikke om hvordan ACTs vitenskapelige grunnlag kan styrkes. Jeg slutter meg likevel til O'Donohue, Callaghan og Ruckstuhl, som riktig nok så langt tilbake som i 1998, mente

at det er lenge til vitenskapelig psykologi eventuelt kommer så langt at folkepsykologi blir overflødig. Jeg har heller ikke skrevet om effekten av ACT, men kort fortalt mener Öst (2014, 2017) at ACT neppe er mer effektiv enn annen atferdsorientert behandling. I den forbindelse virker det som Öst kom godt ut av en diskusjon med Atkins, Ciarrochi og Gaudiano et al. (2017).

ACT kan likevel ha bidratt med noe. For det første, selv om folkepsykologi har likheter med ACT, har ACT beskrevet vansker som kan skyldes grunnleggende verbal fungering, vansker som kognitiv fusjon, unngåelse, unngåelse av opplevelse, begrunnelse og begrepssevel, og ferdigheter som aksept og psykologisk fleksibilitet, og hva de kan ha å si for utvikling av patologi og for helse og behandling. Selv om mange i praksis langt på vei anvender lignende forståelser i dagliglivet, skjer det neppe helt bevisst – det er tvilsomt om de beskriver det presist for seg selv og andre. Kunnskap om ACT kan øke bevisstheten, og raffinere forståelse og anvendelse. For det andre har folkepsykologi også usunne sider, etter ACTs syn. For eksempel unngåelse, også av opplevelse, og å godta følelser som fusjonerte begrunnelser, er vanlig, både som løsninger for en selv, og i råd til andre, også når det er uhensiktsmessig, ifølge ACT. ACT kan dermed forstås som rendyrket sunn folkepsykologi. «Sunn» vil si «forenlig med ACTs hexaflex-modell» (se foran), for noen «fasit» på 'sunn', eller på god psykisk helse, fins knapt. American Psychological Associations definisjon er «En sinnstilstand kjennetegnet av emosjonelt velvære, god atferdstilpasning, relativt fravær av angst og funksjonshemmende symptomer, og evne til å etablere konstruktive relasjoner og mestre livets krav og stress.» WHO tilføyer at psykisk helse «har egenverdi og instrumentell verdi, og er vesentlig for velvære». En så generell definisjon åpner for subjektive oppfatninger, som gjenspeiles i at redskaper som måler psykisk helse, bygger mye på selvrappport (Koslouski, Wilson–Mendenhall, Parsafar et al., 2022). Det er i det minste forenlig

med ACTs kontekstualistiske orientering; at personens verdier, og hva som fungerer for personen, er viktig.

Likheter mellom ACT og folkepsykologi, og at ACT delvis må være bygget på rasjonalitet og erfaring, reiser tre spørsmål. Det første er hva som kreves for å lære å utøve ACT (og annen psykoterapi). For eksempel medisin bygger på naturvitenskap, og utøvelse krever kunnskaper om grunnleggende prosesser. Særlige forkunnskaper kreves imidlertid knapt for å lære å utøve psykoterapi. Mange utdanninger og videreutdanninger i psykoterapi, blant annet kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi og gestaltterapi, krever ikke lege- eller psykologutdanning. I Norge synes opplæring i ACT å skje mest gjennom private Bedre terapeuter, som synes å være et omfattende kurs som bare krever bachelor. De som står bak det, er psykologer, men de lærte neppe mye om ACT og grunnleggende læringspsykologi på psykologstudiet. I så fall kan det indikere at behovet for forkunnskaper, eksempelvis i form av å være lege eller psykolog, er lite. Det andre spørsmålet gjelder dermed for eksempel psykologstudiets berettigelse. Mange psykoterapeuter er sykepleiere, sosionomer og annet, og mange vernepleiere utøver atferdsanalytisk miljøbehandling (Holden, 2013). Hvis de nevnte gruppene er like gode som psykologer som driver med det samme, taler det imot behovet for en egen psykologutdanning for å bli psykoterapeut eller for å utøve miljøbehandling. Da kan vi ha rene terapiutdanninger, som også psykologer trenger for å lære terapier som de har lært lite eller ingenting om på et studium som har plass til lite av hver av de mange psykoterapiene som fins. Det tredje spørsmålet er om likheter mellom ACT og folkepsykologi bør medføre at ACT beskrives enklere. For eksempel Hayes et al. (1999) er komplisert. Oppfølgeren (Hayes et al. 2012) er klarere, men selvhjelpsboken *Get out of your mind and into your life* (på norsk *Slutt å gruble, begynn å leve*) (Hayes & Smith, 2005), er tung, og smartere folk enn meg har

meldt pass. Går det an å beskrive ACT mer folkepsykologisk, slik jeg har gitt eksempler på foran, som kanskje vil være riktig ut fra et kontekstualistisk og pragmatisk synspunkt?

En ting er psykoterapi, en annen er forebygging. «Det som i barndom er lært, blir seinare kjært» og «Den skal tidlig krøkes som god krok skal bli», heter det. Selv skulle jeg like å se en del av ACT i barneoppdragelse, barnehage og skole. Må vi ikke gjøre, og avstå, fra en del ting, selv om de er ubehagelige? Er det så farlig med noen anstrengelser, vondter, angster og tristheter? Er det ikke sunt å bli opplært til ikke å unngå å oppleve, fusjonere og begrunne mer enn nødvendig, og å lære sindighet, aksept og psykologisk fleksibilitet, det vil si å leve «hexafleksisk»? Jeg tror det er mer i tråd med gammel oppdragelse, for eksempel da jeg vokste opp, enn dagens, og vi ser hvor negativt barn og unges psykiske helse har utviklet seg (Folkehelseinstituttet, 2025; Mossige & Tjersland, 2025). Burde ACT ha vært med i grunnskolenes læreplans tema 'livsmestring', som blant annet skal gjøre «elevene i stand til å håndtere utfordringer», ifølge Store norske leksikon? Et annet område kan være selvendring (se Holden, 2024b), ikke minst for å avgjøre om noe er viktig nok, og at vi i så fall må gjøre noe for å oppnå det. Samme hva problemet er, er det ikke alltid en enkel kur, og samme hva vi holder på, er det en dyd å ikke gjøre ting vanskeligere enn de må være.

## Referanser

Almenningen, O. (1999). *Norske ordtak*. Nesodden: Frifant forlag.

Aminjon, M. (2013). Is psychoanalysis a folk psychology? *Frontiers in Psychology*, 4, 1–9.

Andersen, T. & Elen, A. T. (2023). Aksept og verdibasert atferdsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60, 792–781.

Andrews, K. (2008). It's in your nature: a pluralistic folk psychology. *Synthese*, 165, 1, 13–29.

Andrews, K., Spaulding, S. & Westra, E.

(2022). Introduction to folk psychology: Pluralistic approaches. *Synthese*, 199, 1685–1700.

Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B. & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: challenges, and how to address them. *Behavior Therapy*, 54, 971–988.

Atkins, P. W. B., Ciarrochi, J., Gaudiano, B. A., Bricker, J. B., Donald, J., Rovner, G., Smout, M., Livheim, F., Lundgren, T. & Hayes, S. C. (2017). Departing from the essential features of a high quality systematic review of psychotherapy: A response to Öst (2014) and recommendations for improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 259–272.

Badcock, C. (2012, 3. september). Freud: Fraud og folk–psykologist? *Psychology Today*, kronikk.

Cullis, S. (1960). *All for the Wolves*. London: Rupert Hart–Davis.

Dougher, M. J. (2002). This is not B. F. Skinner's behavior analysis: A review of Hayes, Strosahl, and Wilson's *acceptance and commitment therapy*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 323–336.

Falk, H. & Torp, A. (1906/1994). *Etymologisk ordbog over det norske og det danske sprog*. Ny utgave, Oslo: Bjørn Ringstrøms antikvariat.

Fang, S. & Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225–234.

Folkehelseinstituttet (2025). *Barn og unges psykiske helse*, rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Fox, R. M. (1996). Translating the covenant: The behavior analyst as ambassador and translator. *The Behavior Analyst*, 19, 147–161.

Gaudiano, B. A. (2011). Evaluating acceptance and commitment therapy: an analysis of a recent critique. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 54–65.

- Goddard, M. J. (2014). Critical psychiatry, critical psychology, and the behaviorism of B. F. Skinner. *Review of General Psychology*, 18, 208–215.
- Gold, D. B. & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1245–1261.
- Grodniewicz, J. P. (2025). Psychotherapy as a folk psychological practice. Therapeutic mindreading and mindshaping. I T. W. Zawidzki & R. Tison (eds.), *The Routledge Book on Mindshaping* (s. 486–499). London: Routledge.
- 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., Gifford, E. V. & Hayes, G. J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, 253–279.
- Hayes, S. C. & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. 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, 1–25.
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life. The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger. (Norsk utgave: Slutt å gruble, begynn å leve. Oslo: Arneberg forlag, 2015).
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford.
- Harris, R. (2013). *ACT – enkelt og greit – en innføring i aksept- og forpliktelsesterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649–668.
- Hoffmann, A. N., Contreras, B. P., Clay, C. J. & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for individuals with disabilities: A behavior analytic strategy for addressing private events in challenging behavior. *Behavior Analysis in Practice*, 9(1), 14–24.
- Holden, B. (2000). «The brain does not control behavior; the environment controls the brain» – An interview with John W. Donahoe. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 233–236.
- Holden, B. (2007a). Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 34, 29–52.
- Holden, B. (2007b). Aksept- og forpliktelsesterapi, en atferdsanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1118–1126.
- Holden, B. (2009). «Kognitiv atferdsterapi har vært en suksess i behandling av en rekke diagnoser – Et intervju med Lars Göran Öst. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 36, 89–94.
- Holden, B. (2013). *Miljøbehandling. En atferdsanalytisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (2017). BBC 88: Også atferdsanalyse har preg av psykologikk, og hva så? Glåmdal og Nes lokallag av NAFO, se atferd.no.
- Holden, B. (2021). Aksept- og forpliktelsesterapi. I P.–E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 429–442). Bergen: Fagbokforlaget.
- Holden, B. (2023). *Atferdsanalyse gjennom 50 år. Norsk atferdsanalytisk forening 1973–2023*. Sandefjord: Norsk atferdsanalytisk forening.

- Holden, B. (2024a). Kunne B. F. Skinners *Science and Human Behavior* fra 1953 ha startet en utvikling av atferdsanalytisk psykoterapi? *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, *51*, 141–176.
- Holden, B. (2024b). Selvendring à la Skinner: Hva det kan være, og en personlig historie om vektreduksjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, *51*, 127–140.
- Holden, B. (2025). Oppmyking av diagnosekriteriene for autismespekterforstyrrelser i ICD–11. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025-as10ae-Oppmyking-av-diagnosekriteriene-for-autismespekterforstyrrelser-i-ICD-](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025-as10ae-Oppmyking-av-diagnosekriteriene-for-autismespekterforstyrrelser-i-ICD-)
- Holden, B. & Finstad, J. (red.) (2010). *Atferdsavtaler. Et hjelpemiddel til å velge hensiktsmessig atferd*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Koslouski J. B., Wilson–Mendenhall, C. D., Parsafar, P. et al. (2022). Measuring emotional well–being through subjective report: a scoping review of reviews. *BMJ Open*, *12*, doi:10.1136/bmjopen-2022-062120
- Layng, T. V. J. & Linnehan, A. M. (2023). Acquisition of children’s relational responding: The role of the intradimensional and interdimensional abstract tact and the autoclitic frame. *Perspectives on Behavioral Science*, *46*, 539–559.
- Leslie, J. C. (1997). Ethical implications of behavior modification: Historical and current issues. *The Psychological Record*, *47*, 637–648.
- Masuda, A, Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y. & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*, 11–17.
- Meyer, V. & Turkat, I. (1979). Behavioral analysis of clinical cases. *Journal of Behavioral Assessment*, *1*, 259–270.
- Mortensson–Egnund, I. (1986). *Håvamål*. Oslo: Samlaget.
- Mossige, S. & Tjersland, O. A. (2025). Barnefamilier som strever – en bekymringsmelding. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *62*, 671–675.
- O’Donohue, W. (2023). The scientific status of acceptance and commitment therapy: an analysis from the philosophy of science. *Behavior Therapy*, *54*, 956–970.
- O’Donohue, W. T., Callaghan, G. M. & Ruckstuhl, L. E. (1998). Epistemological barriers to radical behaviorism. *The Behavior Analyst*, *21*, 307–320.
- Pepper, S. C. (1942). *World Hypotheses: A Study in Evidence*. Berkeley: University of California Press.
- Reed, D. D., Kaplan, B. A. (2011). The matching law: a tutorial for practitioners. *Behavior Analysis in Practice*, *4*, 2, 15–24.
- Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind*. Ny utgave: Harmondsworth: Penguin.
- Sandoz, E. K. (2012). Case formulation: Listening with ACT Ears, Seeing with ACT eyes. I S. C. Hayes, K. D. Strosahl & K. G. Wilson, *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change* (s. 103–140). New York: Guilford.
- Schlinger, H. D. Jr. (2017). Reflections on *Verbal Behavior* at 60. *The Analysis of Verbal Behavior*, *33*, 179–190.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton–Century–Crofts.
- Skinner, B. F. (1966/1969). An operant analysis of problem solving. I B. Kleinmuntz (ed.), *Problem–solving: Research, method and theory* (s. 225–257). New York: Wiley. Også utgitt i B. F. Skinner (1969), *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton–Century–Crofts.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Knopf.
- Skjerve, J. & Reichelt, S. (2019a). Atferdsa-

- nalysens glemte potensial. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56, 565–569.
- Skjerve, J. & Reichelt, S. (2019b, 7. oktober). Atferdsanalyse, kliniske psykologer og psykologikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56.
- Smedslund, J. (2016). Practicing psychology without an empirical evidence base: the bricoleur model. *New Ideas in Psychology*, 43, 42–55.
- Smedslund, J. (2017). Det kommer an på. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54, 402–407.
- Smedslund, J. (2019a). Språkanalyse må erstatte empirisk forskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56, 584–590.
- Smedslund, J. (2019b). Atferdsanalysens styrke og begrensning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56.
- Smedslund, J. (2022). En annen og mer turbulent profesjonshistorie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59, 678–681.
- Timimi, S. (2021). Industrialised psychotherapy markets western folk psychology. I S. Timimi, *Insane Medicine: How the Mental Health Industry Creates Damaging Treatment Traps and How you can Escape Them*. Eget forlag.
- Tonneau, F. (2001). Equivalence relations: a critical analysis. *European Journal of Behavior Analysis*, 2, 1–33.
- Tunc, H., Morris, P. G., Williams, J. M. & Kyranides, M. N. (2024). The role of value priorities and valued living on depression and anxiety among young people: A cross-sectional study. *Personality and Individual Differences*, 225, 1–7.
- Waltz, T. J. & Follette, W. C. (2009). Molar functions of clinical behavior analysis: Implications for assessment and treatment. *The Behavior Analyst*, 32, 51–68.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M. & Klein, S. B. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 500–508.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J. & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. I S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (red.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (s. 211–237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Zettle, R. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: from comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 1, 2, 77–89.
- Öst, L.–G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121.
- Öst, L.–G. (2017). Rebuttal of Atkins et al. (2017) critique of the Öst (2014) meta-analysis of ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 273–281.
-