

# "Du treng ikkje å endre følelsar

## for å endra atferd":

# Verbale prosessar og atferdsanalytisk psykoterapi

## - Eit intervju med Michael Dougher

Børge Holden

Atferdsanalysen er ikkje akkurat kjend for å behandla psykologiske problem hos menneske med normal verbal fungering. Tvert om begynte atferdsanalysen frå "grunnen av", og venta med å ta fatt på dei mest komplekse problema. Dette biletet held på å endra seg. I dette intervjuet snakkar Michael Dougher om forholdet mellom atferdsanalytisk og annan psykoterapi, og følger av nyare atferdsanalytisk forståelse av verbal atferd for forståelsen av psykologiske problem som angst og depresjon. Eit sentralt peong er at psykologiske problem ofte er eit resultat av vår "kulturelle lære" om årsakar til slike problem, og at språkspela våre kan føra til at problem oppstår og vert forværra. Konkrete treningsprogram, som òg kan vera ein del av behandlinga, vert snakka lite om. Dougher snakkar mest om den grunnleggande tenkinga og dei innleianda fasane av behandlinga. Dougher er professor i psykologi og sjef for psykologiavdelinga ved universitetet i New Mexico. Han arbeider både klinisk og med grunnforskning, og er kjend gjennom mange publikasjonar innanfor atferdsanalytisk psykoterapi, stimulusekvivalens, relasjonelle rammer ("relational frames") og endring av stimulusfunksjonar. På eit lite, men veksande felt er han ein av pionérane. Intervjuet vart gjort i forbindelse med ABA-kongressen i New Orleans i mai 2001.

*Atferdsanalysen har tradisjonelt arbeidd mest med menneske med utviklingshemningar og –forstyrrelsar. Men den seinare tida har atferdsanalysen begynt å fokusera meir på behandling av menneske med normal verbal fungering. Korfor tok det så lang tid før denne utvidelsen av atferdsanalysen skjedde?*

Det er fleire grunnar. Ein av dei er at atferdsanalysen heilt frå starten hadde stor suksess med behandling av menneske med psykisk utviklingshemning og autisme. Derfor var det rett og slett veldig attraktivt å fortsetta å arbeida med desse gruppene. Det var heller ikkje mykje etterspørsel etter atferdsanalyse innanfor klinisk psykologi

generelt. Atferdsanalytikarar håpte óg at atferdsterapien skulle ta seg av desse klientgruppene. Men det viste seg dessverre at atferdsterapi skilte seg meir og meir frå atferdsanalyse når det gjeld grunnleggande tenkning. Dette gjeld særleg forståelsen av private hendelsar og verbal atferd. Utviklinga innanfor atferdsterapi, særleg etter at han begynte å slå seg saman med *kognitiv* atferdsterapi, gjorde at atferdsterapi vart stadig mindre relevant for atferdsanalysen. Atferdsterapi svarte ikkje på dei same spørsmåla og hadde ikkje same tilnærming til behandling som atferdsanalysen.

For at atferdsanalyse skulle bevega seg inn på feltet generell klinisk psykologi, var det nødvendig at det vart gjort framsteg i forståelsen av verbal atferd. Når me har å gjera med verbalt normalt fungerande personar må me trass alt veta ein god del om verbal atferd! Av ulike grunnar var forskninga på verbal atferd stoppa mest heilt opp innanfor atferdsanalysen. Det er fyrst dei siste 15-20 årene denne forskninga har "teke av". Då tenker eg særleg på arbeidet som vert gjort rundt stimulusekvivalens og "relasjonelle rammer" ("relational frames"). Denne forskninga har gjort det lettare å forstå kliniske problem generelt, dvs. problem som skuldast kognitive, eller verbale, prosessar. Fyrst når me begynte å få ein betre forståelse av verbale prosessar var det muleg for oss å bruka desse kunnskapane i generelle kliniske samanhengar.

Nok ein interessant ting er at det for ein stor del er atferdsanalytikarar som har arbeidd med kliniske problem som har ført an i forskninga på verbal atferd. F.eks. Steven C. Hayes arbeider klinisk. Og i møtet med vanlege kliniske problem kom han fram til at litteraturen om verbal atferd ganske enkelt var utilstrekkeleg. På bakgrunn av dette begynte han arbeidet med relasjonelle rammer. Det same gjeld oss som har studert endring av stimulusfunksjonar og ekvivalensklassar i forklaring av atferd. Me er klinikarar, og me møtte problemstillingar som analysen av verbal atferd på den tida ikkje kunne besvara. Det er den seinare utviklinga innanfor studiet av verbal atferd som har gjort oss i stand til å ta fatt på meir generelle kliniske problem.

*Atferdsanalytisk behandling av verbalt normalt fungerande mennesker har bl.a. vorte kalla atferdsanalytisk psykoterapi. Nokon tykkjer kanskje dette lyder rart. Har me begynt å tru på at me har ein "psyke", og til og med eit "sjølv"? Kva plass har desse tradisjonelle begrepa innanfor atferdsanalysen?*

Som for så mange andre ord har betydninga av ordet "psykoterapi" endra seg over tid i kulturen vår. Når folk idag tenker på psykoterapi, tenker dei ikkje nødvendigvis på "psyken", eller opphavet til det ordet. Det typiske for psykoterapi er *samtal*terapi. Atferdsanalytisk psykoterapi er psykoterapi dreven ut frå eit atferdsanalytisk perspektiv, og ikkje ein flukt tilbake til idéen om ein psyke. Innanfor atferdsanalysen foregår det faktisk ein del forskning rundt "sjølv", og eg tykkjer at dette er noko av det mest spennande som skjer innanfor atferdsanalysen. Koss i all verda kan me forstå "sjølv", koss utviklar me ein opplevelse av "oss sjølve", korfor refererer me til oss sjølve, og koss kan me skilla mellom oss sjølve og andre? Det mest relevante på dette området er forskninga rundt perspektiv-taking innanfor relasjonell ramme-teori. Når barn veks opp, lærer dei å sjå ting frå ulike perspektiv. Nokon gonger vert dette óg kalla for "theory of mind" ("sinnsteori"): Eg kan forstå

noko frå mitt perspektiv og frå ditt perspektiv, ting som skjer her og andre stader, og før og etter. Som eit resultat av generalisert perspektiv-taking vert det utvikla verbale repertoar som fører til at forskjellige referansar til "sjølv" begynner å få meining. Ein viktig betydning er *megs* som noko anna enn andre menneske. Derfor kan atferdsanalytikarar óg snakka om "sjølvet", utan å snakka om sjølvet som ein *ting*. Forståelsen av sjølvet som ein ting er truleg eit resultat av språklege spel. Historia vår når det gjeld språk viser at me, når me skal benemna noko, begynner å behandla hendelsar som ting. Me ser heile tida at me endrar verb til substantiv. Me seier "eg hugsar". Så vert hugsing til hukommelse, dvs. ein ting eller eit substantiv. Å persipera vert til persepsjon, i tråd med den same tendensen. Det same skjer når me snakkar om "sjølv" og "eg". Men i realiteten er "sjølvet" eit resultat av generalisert perspektiv-taking over tid.

*Ei rekke former for psykoterapi har vore på marknaden i nærmare 100 år. Er atferdsanalysen kritisk innstilt til kva ein kan kalla "tradisjonell" psykoterapi? Er nokon tradisjonelle tilnærmingar betre enn andre, og kan du peika på verdifulle element ved tradisjonell psykoterapi?*

Dei fleste formene for psykoterapi har mange ting felles. Me snakkar om ulike teoretiske perspektiv, men i praksis får pasientane langt på veg den same behandlinga. Det som går igjen i dei fleste formene for psykoterapi, er omgjevelsar der menneske har mulegheit til å snakka om sine spesielle situasjonar og problem. Pasienten kan oppleva støtte og forsterkning frå ein terapeut. Dette har i seg sjølv ei rekke positive effektar. I tillegg får ein mulegheiten til å innta eit anna perspektiv på problema sine. Dette kan vera eit resultat av å *snakka* med ein psykoterapeut, same kva orientering terapeuten har. F.eks. i psykoanalytisk behandling kan pasienten få mulegheiten til å snakka om sine opplevsar av skuld og angst. Gjennom den analytiske prosessen kan pasienten komma til å forstå atferden sin som eit resultat ei *historie*, f.eks. i forhold til foreldra sine. Ei følge av dette kan vera at pasienten ikkje lenger tek på seg all skuld for sin spesielle veremåte, og ikkje lenger oppfattar seg som forstyrra eller avvikande. Han eller ho kan sjå veremåten sin som ei følge av naturlege årsakar, eller av tidlege erfaringar. Normalt vil det skje ein reduksjon av angst og skuld som eit resultat kun av dette. Så psykoterapi kan ha ei rekke gunstige effektar, same kva spesiell form for terapi som går føre seg. Når pasientar får mulegheit til å snakka om langvarige plager eller skadelege opplevsar, har det i seg sjølv ein terapeutisk effekt.

Forskning har studert pasientar som har vore utsette for traumer som kriminalitet, ulukke og overgrep. Og det synest ganske klart at pasientar som rett og slett får mulegheit til å snakka om slike opplevsar, ofte opplever ein reduksjon av angst og ubehag, i tillegg til reduksjon av somatiske plager som høgt blodtrykk og hovudpine. Ofte skjer det óg ei betring i generell fungering. Snakkinga treng heller ikkje nødvendigvis å skje i ein spesielt støttande atmosfære.

Eg trur atferdsanalyse har ei forklaring på dette. Forklaringa skriv seg frå arbeidet som er gjort innanfor relasjonell ramme-teori og stimulusekvivalens. Måten me forstår dette på, er at ord, eller verbal atferd, får dei same funksjonane som ting og hendelsane dei står for. Om eg seier at du bit i en sitron slik at safta renn over tunga di, vil du truleg skjera grimasar og skilla ut spytt, som ei følge av sjølve beskrivelsen.

Reaksjonen din er ikkje etablert gjennom ein grunnleggande respondent eller operant betingingsprosedyre. Han har snarare oppstått gjennom stimulusekvivalens; orda har fått dei same funksjonane som det dei står for. På den same måten kan me bringa fortida inn i nået, og me kan skapa framtida her og nå ved å snakka om kva som kan skje. Dette skjer i ein slik grad at dei verbale beskrivelsane fungerer som realitetar. "Eg kan ikkje gjera sann, for då kan det og det skje". Og me lar være å gjera det, sjølv om konsekvensane som me forestillar oss kanskje aldri oppstår. Så når me bringer kontrollerande hendelsar inn i situasjonen ved å snakka om dei, kan personen oppleva hendelsane uten spesielle ubehagelege konsekvensar. Gjennom prosessane habituering og ekstinksjon kan ting verta betre, ganske enkelt ved å snakka om dei.

*Dei atferdsanalytiske betegnelsane varierer. Eg har høyrte "funksjonelt analytisk psykoterapi", "akseptering og forpliktelses-terapi" ("acceptance and commitment therapy") og "klinisk atferdsanalyse". Innebêr betegnelsane ulike tilnærmingar, og kan du i så fall forklara koss? Kva betegnelse brukar du mest sjølv?*

Klinisk atferdsanalyse er ei grein av anvendt atferdsanalyse som fokuserer på verbalt normaltfungerande pasientar, som regel i polikliniske samanhengar. Under slike forhold har me mindre kontroll over pasienten sine forsterkningsbetingelsar enn når me arbeider med menneske som har utviklingshemningar eller –forstyrrelsar. Me arbeider rett og slett med "frittgåande" menneske som kan snakka for seg. Klinisk atferdsanalyse bruker naturleg nok meir verbale metodar enn tradisjonell anvendt atferdsanalyse. Det er nok dei viktigaste skillene mellom anvendt og klinisk atferdsanalyse.

Innanfor klinisk atferdsanalyse finst det fleire tilnærmingar. Ulike personar har utvikla sine egne tilnærmingar og gitt dei namn. F.eks. Funksjonelt analytisk psykoterapi (FAP) vart utvikla av Robert Kohlenberg. Interessant nok var det bakgrunnen hans innanfor psykoanalytisk psykoterapi kombinert med utdanninga hans i atferdsanalyse som fekk han til å utvikla FAP. Den grunnleggande idéen er at terapirommet er ein eigna plass for å framkalla og observera klinisk relevant atferd. Klinisk relevant atferd inkluderer slikt som å uttrykka og oppleva positive og negative emosjonar, opptre autentisk, og å unngå emosjonelle og kognitive forvrengningar av hendelsar. Når slik atferd viser seg i terapitimen, kan terapeuten tolka dei, forsterka dei dersom de er ønskelege, og peika på negative konsekvensar dersom dei ikkje er ønskelege.

Aksepterings- og forpliktelsesterapi (acceptance and commitment, ACT) er ei anna form for klinisk atferdsanalyse, som vart utvikla av Stephen C. Hayes og medarbeidarar. Denne terapiformen er eit resultat av Hayes sitt arbeid med å utvida atferdsanalytisk forståelse av verbal atferd. Som eit resultat av dette har han foreslått forklaringar på koss verbale prosessar kan føra til utvikling av kliniske problem. Dette innebêr bl.a. koss det me seier til oss sjølv kan få kontroll over atferden vår, og korfor me reagerer på private hendelsar slik som me gjer. Ikkje bare lærer kulturen vår oss at tankar og følelsar er årsakar til atferd. Kulturen går i tillegg så langt at han definerer forstyrrelsar ved hjelp av uønska tankar og følelsar. Me ser dette til og med i profesjonelle kretsar, når forstyrrelsar og tidsskrift får namn etter

negative emosjonar (f.eks. "Journal of Anxiety Disorders"). Me ser det óg når terapi går ut på å fjerna "feil" tankar og følelsar.

I kulturen vår er det derfor veldig naturleg for folk å setta likhetsteikn mellom psykisk velvere og fråver av spesielle former for negative følelsar. Når langt på veg uunngåelege reaksjonar på verda og livet oppstår hos oss, prøver me automatisk å kvitta oss med dei. Dersom me føler oss engstelege, seier me til oss sjølve: "Eg har angst, det er ikkje bra". "Angst" og "ikkje bra", "uakseptabelt" eller "forstyrra" inngår med ein gong i ein ekvivalensklasse, og angst får dei same funksjonane som alt som er dårleg. Og når noko dårleg oppstår, prøver me å unngå det, eller stoppa det. Det interessante er at sjølve prosessen med å kontrollera det uønska skaper fleire problem enn ikkje å prøva å kontrollera det. Dette kjem av at når me prøver å stoppa ein følelse, begynner me å snakka om han. "Gud, eg har angst, eg kan ikkje ha angst". Dermed seier me angst, og ved å seia det opplever me akkurat det me ikkje vil oppleva. Det er som å prøva å ikkje tenka på kvite bjørnar. Den interessante konklusjonen er at jo meir du kjempar imot noko, jo meir får du det, nettopp som ei følge av dei språkspela som desse orda deltek i. Ingen prøver sterkare enn personar med tvangstankar å unngå bestemte tankar, og ingen lukkast dårlegare.

Derfor fokuserer ACT på å hjelpe pasienten til å slutta å kjempa imot sine private opplevsalar, og i plassen la desse opplevsane få opptre, og akseptera dei. Idéen er at det er kjempinga mot opplevsane som gjer dei utolelege, ikkje opplevsane i seg sjølve. Angst er "bare" angst. Når me kjempar imot opplevsane og nektar å ha dei, vert angsten bare værre. Det same gjeld for depresjon og andre følelsar som me har lært å sjå på som uheldige, negative, uakseptable, eller som teikn på ein forstyrrelse. Men akseptering betyr ikkje at me skal streva etter å oppnå desse følelsane. Det betyr bare at me skal slutta å kjempa aktivt mot dei. Dei er naturlege og normale reaksjonar på mange hendelsar i livet, og derfor er dei ikkje unormale. Faktisk er det umuleg å leva eit normalt og produktivt liv utan å oppleva angst, depresjon og andre følelsar som me har lært å tru er uakseptable eller teikn på forstyrrelsar. Poenget er at sjølve følelsane ikkje er problemet, det er motviljen mot å oppleva dei som er problemet. Motviljen mot å ha naturlege og normale følelsar som er ein del av livet skapar i seg sjølv problem.

Akseptering aleine er likevel ikkje nok. Det må kombinerast med strategiar for å identifisera og å forfølga dei verdiane og forpliktelsane som me treng for å oppnå psykologisk velvere og vekst. Og dersom me vil følga slike forpliktelsar, må me akseptera dei uunngåelege følelsane og tankane som me får. Om me f.eks. ønsker å vera i eit nært forhold til andre, er det óg heilt nødvendig å akseptera den sårbarheten som følger av å vera nær. Me kan ikkje både vera nære og usårbare samtidig. ACT hjelper pasienten til å forplikta seg til nærhet, og å gjera det som fremmer utvikling av nærhet, samtidig som pasienten aksepterer den sårbarheten som følger av å villa nå dette målet.

Det finst fleire andre tilnærmingar, óg. Dialektisk atferdsterapi for borderline-pasientar kan kategoriserast som klinisk atferdsanalyse, sidan det ligg atferdsanalytisk teori til grunn. Her lærer pasientane å oppphalda seg ved motstridande tankar og følelsar samtidig. Ifølge denne tilnærminga er den manglande toleransen for motstridande tankar og følelsar ein viktig grunn til at slike pasientar utagerer i form av sjølv-mord eller på andre måtar. Det finst óg ei eiga atferdsanalytisk parbehandling. Før han døydd, endra Neil Jacobson det han kalla atferdsterapi for par til integrert

parterapi. Han gjekk faktisk bort frå ein standard atferdsterapimodell til ein atferdsanalytisk modell. Kjernen i denne tilnærminga er at Jacobson erfarte at akseptering var ein viktig eigenskap hos vellykka par. Dei verkelege problema hos par oppstår ofte når dei prøver å forandra kvarandre. Forsøk på å endra den andre innebêr jo at du ikkje vil ha den andre personen slik han eller ho er; at du ikkje godtek den andre som han eller ho er. Slik mangel på akseptering skapar konflikhtar som igjen går utover atferd som er forsterkande i eit forhold.

*Det vert sagt at klinisk atferdsanalyse er basert på ein moderne atferdsanalytisk forståelse av det komplekse forholdet mellom private hendelsar, eller "atferd innanfor huden", inkludert privat verbal atferd, og annan, meir offentleg atferd. Kan du seia noko om atferdsanalytisk forståelse av tankar og følelsar, og koss dette kan bidra til meir effektiv behandling?*

Kanskje den viktigaste forskjellen mellom atferdsanalyse og andre psykologiske tilnærmingar er koss private hendelsar vert forstått. I dei fleste andre psykologiske modellane vert private hendelsar kalla *mentale* eller *intrapsykiske* hendelsar. Og med ein gong ser me at forestillinga om at slike hendelsar er noko anna enn atferd; dei er ikkje verkelege eller fysiske hendelsar. Dei er laga av eit annet stoff enn meir handfast atferd. Atferdsanalyse skil ikkje mellom privat og offentleg atferd når det gjeld kva stoff atferden er laga av. Bruk av termen "privat" innebêr noko heilt anna enn bruk av termen "mental". Private opplevsjar, eller privat atferd, *atferd*, er atferd og reaksjonar som ikkje er tilgjengelege for andre. Det er det som gjer dei private. Bare personen som "har" dei kan føla dei eller oppleva dei. Men det endrar ikkje slik atferd sin natur. Dei er framleis atferd og noko folk *gjer*. I og med at dei er atferd er dei ikkje fullt ut årsaker. I staden må dei sjølv forklarast. Det betyr ikkje at dei ikkje påverkar annan atferd, det gjer dei heilt klart. Men dei er ikkje årsakar på same måte som hendelsar i omgivelsane er årsakar.

Spørsmålet som atferdsanalytikarar har prøvd å svara på er koss me skal forstå private hendelsar og koss dei påverkar annan atferd. Nyare arbeid innanfor atferdsanalyse prøver å forstå private hendelsar som eit resultat av dei språklege spela våre. For behandling fører denne forståelsen til at det ikkje har nokon hensikt å endra eller fjerna private hendelsar, sidan dei ikkje er primære årsakar til atferd. Dei er sjølv atferd. I plassen for å endra eller fjerna dei, fokuserer atferdsanalyse på å endra samanhengane dei opptrer i, dvs. å hjelpa pasienten til å sjå at dei er atferd, og fordi dei er atferd, er det ikkje nødvendig å endra dei for å endra annan atferd. Igjen treng me ikkje å kvitta oss med frykten for sårbarhet for å oppnå eit nært forhold. Det er muleg å gjera begge delar, akkurat som eg ikkje treng å kvitta meg med angsten min for å snakka offentleg, f.eks. å halda eit foredrag på ein konferanse. I plassen for å fokusera på angsten, kan eg konsentrera meg om å øva på å snakka bra. For ein stor del dreier dette seg om å ta private opplevsjar *ut* av den sentrale, kontrollerande rollen som andre psykologiske tilnærmingar plasserer slike hendelsar i.

*Det verkar rimeleg å tru at nokon effektar av psykoterapi er ganske generelle, ikkje minst at dei skriv seg frå sosial og emosjonell støtte. Bortsett frå dét, er det andre viktige, felles element mellom tradisjonell psykoterapi og klinisk atferdsanalyse, eller er sistnemnde ei heilt ny tilnærming?*

Det er mange felles element mellom klinisk atferdsanalyse og dei fleste andre formene for psykoterapi: Sosial støtte, mulegheten for å snakka om problema sine og dermed å få eit nytt perspektiv på desse problema, er felles for all psykoterapi. Det som er spesielt med klinisk atferdsanalyse er perspektivet som denne tilnærminga kan gje pasienten på dei psykologiske vanskanane, dvs. at tankar og følelsar ikkje er årsakar til problema. Å føla angst, depresjon eller kva det måtte vera indikerer ikkje i seg sjølv nokon psykopatologi. Det er heilt i orden å ha dei, og det er ikkje noko gale med personar som viser slike reaksjonar. Dette er eit ganske frigjerande perspektiv, fordi me dermed slepp å springa rundt å kontrollera følelsar heile tida. Sjå for deg kor frigjerande det ville ha vore dersom du kunne leva ditt liv fullt og ope, utan å ta hensyn til dei emosjonelle reaksjonane som dette ville ha ført med seg. Sjå for deg at du kan gjera det du ønsker, det du tykkjer er bra for deg og som er i tråd med verdiane dine, sjølv om det fører til frykt, angst eller depresjon. Dette tar fokus bort frå tankar og følelsar, og rettar fokus mot det ein treng å gjera for å leva ope, autentisk og i samsvar med verdiane sine. Eg trur dette er det spesielle med klinisk atferdsanalyse.

*Finst det klientar og problem som ei atferdsanalytisk tilnærming er meir eigna for enn andre?*

Det er eit viktig spørsmål, men det er for tidleg å svare godt på det. Når me snakkar om ulike typar klientar, kan me begynna med å snakka om kva dei ulike formene for psykopatologi verkeleg er. I psykologien er det tradisjon for å bruka DSM-modellen. Denne er lånt frå medisinen, og truleg på ein feil måte. Den definerer forstyrrelsar på grunnlag av *utforminga*, eller topografien, av atferd. F.eks. angst og depresjon vert sett som heilt ulike forstyrrelsar, hovudsakleg fordi dei innebær ulike følelsar og annan atferd. Men dette er *topografisk* definerte forskjellar: Å vera trist er topografisk forskjellig frå å vera engsteleg. Stoffmisbruk er topografisk forskjellig frå det som kjenneteiknar depresjon.

Om me hadde definert desse forstyrrelsane *funksjonelt*, ville me truleg ha sett langt fleire fellestrekk mellom dei ulike forstyrrelsane. Kva om me hadde ein klasse av forstyrrelsar som me kalla "emosjonell unngåelse"? Dette ville vore all atferd, uansett utforming, som har som funksjon å unngå negative emosjonelle opplevsar. I den forstand kan angst forståast som ein emosjonell unngåelses-forstyrrelse, fordi personen unngår angst ved å unngå spesielle situasjonar. Depresjon kan komma av mangelen på forsterkarar som inntretr når me held oss borte frå forsterkande situasjonar, kanskje fordi me er engstelege eller redde for å mislukkast, eller ikkje har nok ferdighetar til å oppnå forsterkarar. Stoffmisbruk kan vera eit godt eksempel på ein emosjonell unngåelses-forstyrrelse. Mange drikk eller bruker stoff nettopp for å kvitta seg med angst, depresjon og usikkerhet. Om me ser på slike atferdar sine funksjonar, viser det seg ofte at dei i det store og heile utgjer same forstyrrelse. Om me begynner å ta utgangspunkt i problema sine *funksjonar* når me utformer behandling, kan det godt vera at klinisk atferdsanalyse kan brukast overfor ei rekke forstyrrelsar. Det kan vera eit spørsmål om koss me definerer problema.

Alt nå er det ein del som tyder på at atferdsanalytiske tilnærmingar har mykje for seg når det gjeld angst, depresjon og stoffmisbruk. Langtidseffektar er naturleg

nok lite påvist, i og med at tilnærmingane er nokså nye. Men det er ein del lovande forskning. Eg trur at tilnærminga vår har mindre å tilby når det gjeld klart biologisk forårsaka forstyrrelser, som bipolare forstyrrelser, alvorlege depresjonar, og schizofreni. Men tilnærminga kan vera nyttig når det gjeld å meistra ein del av *symptoma* ved slike forstyrrelser, f.eks. å hjelpe psykotiske personar til å handtera hallusinasjonar og vrangforestillingar. Eg trur aksepterings-baserte tilnærmingar kan hjelpe personar til å meistra slike problem til ein viss grad, sjølv om sjølve forstyrrelsen forblir ubehandla.

*Klinisk atferdanalyse har temmeleg nyleg blitt ein del av "tilbodet". På kva måte er det muleg å gå fram for å dokumentera at han er effektiv? Kva forskning er nødvendig, når me tar i betraktning den atferdsanalytiske skepsisen mot gruppeforskning?*

Me har å gjera med to ulike publikum. Det atferdsanalytiske miljøet vil truleg verta overbevist av enkeltkasusstudiar, gitt at intern validitet er godt nok kontrollert. Atferdsanalysen si tilnærming har alltid vore å replikera tiltak over personar og forstyrrelser. Men andre rår over ressursane innanfor generell klinisk psykologi. Dei som rår over finansiering og publisasjon av forskning insisterer på statistiske analysar og nomotetiske forskningsdesign med stort antal pasientar. For å tilfredsstilla dei som bestemmer, må atferdsanalytikere utføra kontrollerte kliniske gruppestudiar i stor skala. Dette er muleg, men den spesifikke behandlinga må skreddarsyast for kvar pasient. Slike studiar er langt på veg gjort når det gjeld beslekta tilnærmingar som dialektisk atferdsterapi og aksepteringsbasert parterapi.