

Tre generasjoner klinisk atferdsanalyse

Martin Øverlien Myhre¹, Anita Johanna Tørmoen¹, Børge Strømgren², og Fredrik A. Walby¹

¹Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo, ²Institutt for Atferdsvitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet

Atferdsanalyse i behandling av kliniske problemer – som angst eller depresjon – har de siste årene fått fornyet oppmerksomhet som ledd i videreutviklingen av mindfulness-basert atferdsterapi. Målet med artikkelen er å oppsummere den historiske utviklingen til klinisk atferdsanalyse, samt gi en kort aktuell oversikt over behandlingsformer i klinisk atferdsanalyse. Først presenteres den historiske utviklingen av klinisk atferdsanalyse gjennom tre generasjoner med atferdsterapi. Vi gir en kortfattet innføring i de mest sentrale behandlingsformene i tredje generasjons atferdsterapi med fokus på *Dialektisk atferdsterapi*, *Atferdsaktivering*, *Aksept og forpliktelsesterapi* og *Funksjonell analytisk psykoterapi*. Deretter vil tredje generasjons atferdsterapi oppsummeres i tre sentrale kjennetegn: Mindfulness, bruk av funksjonelle analyser sammen med pasienten, og etablering av verdi-baserte atferdsrepertoar. Avslutningsvis diskuterer vi behov for forskning som kan forbedre klinisk utforming og den empiriske støtten til klinisk atferdsanalyse i fremtiden.

Nøkkelord: Dialektisk atferdsterapi, atferdsaktivering, aksept- og forpliktelsesterapi, funksjonell analytisk psykoterapi

Målet med anvendt atferdsanalyse å endre atferd til det bedre for enkeltpersonen og/eller samfunnet (Baer, Wolf, og Riskey, 1968). På tross av det vide målet, har anvendt atferdsanalyse primært fokusert på behandling av klienter med autisme, psykisk utviklingshemming eller omfattende atferdsproblemer, og i mindre grad på kliniske problemer som depresjon, angst eller rusproblematikk (Hanley, Iwata, og McCord, 2003). Klinisk atferdsanalyse er et samlebegrep på anvendt atferdsanalyse rettet mot behandling av verbalt kompetente klienter, primært med verbale intervensjoner (Dougher og Hayes, 1999). Til forskjell fra anvendt atferdsanalyse er behandlingen i klinisk atferdsanalyse oftest basert på intervensjoner som formidles verbalt og en sentral del av behandlingen foregår som hjemmeoppgaver uten at terapeuten er tilstede.

Korrespondanse angående artikkelen sendes til Martin Ø. Myhre, m.o.myhre@medisin.uio.no

Klinisk atferdsanalyse deler antagelser, prinsipper, og metoder med atferdsanalyse, og kan dermed ses på en undergren av anvendt atferdsanalyse. Woods, Miltenberger, og Carr (2006) foreslår at det svake fokuset på kliniske problemer skyldes at anvendt atferdsanalyse oppsto ut ifra eksperimentell psykologi fremfor klinisk psykologi, og at de metodologiske standardene i atferdsanalyse (som single-case eksperimentelle design) i liten grad er tilpasset for eller gjennomførbare med klienter med kliniske problemer. I tillegg jobbet atferdsanalytikere primært i hel-døgnsinstitusjoner eller skoler med klienter med svært omfattende bistandsbehov. Mer avgrensede problemer – som for eksempel angst eller depresjon – ble oftest behandlet poliklinisk.

Det har de siste 20 årene vært en klar økning i interesse for klinisk atferdsanalyse. En årsak til økningen er utviklingen av distinkte atferdsorienterte behandlings-

former som *Dialektisk Atferdsterapi*, *Aksept og forpliktelsesterapi* og *atferdsaktivering*. Behandlingsformene er beskrevet på engelsk og de fleste er også beskrevet på norsk (Harris og Jacobsen, 2010; Mehlum og Tørmoen, 2015; Myhre, 2017). Likevel eksisterer det ikke i dag en samlet oversikt over det som kategoriseres som tredje generasjons atferdsterapier. Hensikten med artikkelen er å gi en kortfattet introduksjon til den historiske utviklingen på feltet og gi en aktuell oversikt over sentrale behandlingsformer i klinisk atferdsanalyse. Sist blir sentrale kjennetegn ved nyere behandlingsformer gjennomgått.

Tre generasjoner

Store utviklinger har skjedd innen psykoterapi, fra starten med Freuds psykoanalyse mot slutten av 1800 tallet og frem til i dag. I motsetning til psykoanalyse, som er innsiktsorientert, kjennetegnes atferdsterapiene ved at de alle er handlingsorienterte. Ved å fokusere på handlinger, men også tanker og følelser rundt spesifikke situasjoner, så vil situasjoner gjenkjennes og alternative atferdsrepertoar vil kunne øke. Atferdsterapi som en egen terapiretning har eksistert siden omtrent 1950.

Utviklingen innen klinisk atferdsanalyse har blitt beskrevet som å foregå i tre generasjoner (Hayes, 2004a, 2004b). Generasjonsbegrepet er kritisert for at endringene mellom generasjonene ikke er store nok, og at det indikerer at utvikling stopper opp eller forsvinner (Hofmann og Asmundson, 2008). Uansett fremstår begrepet som praktisk for den foreliggende artikkelens mål – å presentere den historiske utviklingen og nåværende status innenfor klinisk atferdsanalyse.

Ett felles trekk i alle tre generasjonene er en tydelig forpliktelse til empirisme, med et mål om å ha vitenskapelig støtte for behandlingsformene (Dimidjian et al., 2016). Fokuset på empiri representerer et historisk skille fra flere andre psykoterapiretninger. Det er også viktig å påpeke at selv om generasjonene presenteres separat og kronologisk

har de til dels store likheter med hverandre. Vitenskapsteoretisk og konseptuelt er det viktige forskjeller mellom generasjonene. Det ligger utenfor artikkelens formål å redegjøre for forskjellene her. Dette er sentrale temaer for utviklingen av atferdsanalyse som burde adresseres i egen artikkel. Et eksempel gjelder bruken av teoretiske konstrukter i de ulike generasjonene, ett tema nylig debattert i tidsskriftet med utgangspunkt i Svartdals (2014) kritikk av hypotetiske konstrukter i atferdsanalyse. Dette er sentrale temaer for utviklingen av atferdsanalyse som burde adresseres i en egen artikkel.

Første generasjon – Atferdsterapi og anvendt atferdsanalyse

Utgangspunktet for all atferdsorientert behandling er Watson (1913) og hans empiriske tilnærming til psykologi, selv om få direkte omfavnet hans metodologiske behaviorisme. Rundt 1950 oppsto to beslektede men separate fløyer innenfor klinisk atferdsanalyse (Dougher og Hayes, 1999): En fløy som oppsto i USA og var inspirert av radikal behaviorisme (Skinner, 1953/1965)—senere kalt *anvendt atferdsanalyse*, og en fløy som oppsto i England og Sør-Afrika basert på metodologisk behaviorisme—senere ble kalt *atferdsterapi*. Det verdt å påpeke at forskjellene mellom atferdsterapi og atferdsanalyse i praksis er små.

Forskjellen mellom atferdsanalyse og atferdsterapi dreide seg hovedsakelig om fokus og bakgrunnen til utøverne. Atferdsanalytikere var oftest eksperimentelle psykologer som jobbet i døgninstitusjoner, mens atferdsterapeutene var kliniske psykologer som jobbet i typiske polikliniske settinger. Utviklingen av sentrale behandlingsprogrammer fra denne perioden illustrerer også dette skillet. Atferdsanalytikere utviklet tegnøkonomi-systemene (Ayllon og Azrin, 1968) som er velegnet til bruk i institusjoner, mens atferdsterapeutene utviklet systematisk desensitivering (Wolpe, 1968) for behandling av fobisk angst, vanligvis gitt som poliklinisk behandling. I både eksponerings-

terapi og tegnøkonomi er intervensjonene direkte rettet mot å redusere problematferden – for eksempel redusere forekomsten av angstatferd. Typene psykopatologi som ble behandlet i denne generasjonen dreide seg hovedsaklig om relativt avgrenset psykopatologi, som fobisk angst, ferdighetsmangler, utagerende atferd eller selvskading i en bestemt setting. Intervensjonene fra første generasjon danner fundamentet for klinisk atferdsanalyse og er fortsatt svært aktuelle. For eksempel har eksponeringsterapi for spesifikke fobier (Choy, Fyer, og Lipsitz, 2007) og tegn-økonomi for pasienter med schizofreni (Dickerson, Tenhula, og Green-Paden, 2005) begge sterk forskningsstøtte, og anvendes den dag i dag.

Andre generasjon – Kognitiv atferdsterapi

Andre generasjon atferdsterapi bygger i stor grad videre på første generasjon, og dens metodologiske behaviorisme, der tanker er en mediator mellom omgivelser og atferd (ofte betegnet som S-O-R behaviorisme). Endringen er et signifikant brudd fra radikal behaviorisme som første generasjon var fundamentert i. Sentralt i den andre bølgen, som etterhvert betegnes som kognitiv atferdsterapi (KAT), var fokuset på å fjerne eller svekke dysfunksjonelle eller uønskede tanker gjennom ulike teknikker og øvelser (Hayes, 2004a). Endring av tanker er et sentralt fokus, men KAT benytter både kognitive og atferdsorienterte intervensjoner. KAT er ikke én enkelt modell eller behandlingsform, men en familie med intervensjoner som fokuserer på endring av kognitive prosesser (Hofmann, Asmundson, og Beck, 2013). Sentrale eksempler er Ellis *Rational Emotive Therapy* (1962), Beck og kollegers (1979) kognitive terapi for depresjon, og Clark og Wells (1995) modell for sosial fobi. KAT har empirisk støtte for behandlingens effektivitet på tvers av mange ulike lidelser. Der første generasjon hadde en tydelig forbindelse mellom grunnforskning og klinisk behandling, fokuserte KAT i stor grad kun på klinisk

forskning som evaluerte effektiviteten til ulike behandlings-protokoller. Derfor er endringsmekanismene i KAT for depresjon fremdeles uklare (Jacobson et al., 1996).

Beck (1970) beskriver en rekke felles-trekk mellom KAT og første generasjons atferdsterapi der begge terapiformene er strukturerte med aktiv terapeut, begge retter seg mot (i prinsippet) observerbar atferd og begge terapiformene fokuserer på avlæring av maladaptive atferdsmønstre. I likhet med første generasjon er behandlingens fokus i stor grad symptomrettet, og fokuserer på å dempe eller fjerne symptomer. En fremtredende behandlingskomponent i KAT er kognitiv restrukturering. Kognitiv restrukturering gjennomføres ved at feiloppfatninger identifiseres, og man undersøker evidensen for og imot oppfatningene. Deretter genererer man alternative oppfatninger som kan testes i virkeligheten gjennom atferdseksperimenter.

Tredje generasjon – Mindfulness-basert atferdsterapi

På starten av 90-tallet oppsto en rekke atferdsterapier som skilte seg fra tidligere generasjoner ved at de var opplevelsbaserte og kontekstualistiske, samt fokuserte på elementer som akseptering, mindfulness og terapirelasjonen (Hayes, 2004b). Sentrale eksempler er *Aksept og forpliktelsesterapi* (ACT; Hayes, Strosahl, og Wilson, 1999), *Dialektisk Atferdsterapi* (DBT; Linehan, 1993), og *Funksjonell Analytisk Psykoterapi* (FAP; Kohlenberg og Tsai, 2007). Med de nevnte behandlingsformene ble empiriske støttede behandlinger for mere omfattende og kompliserte tilstandsbilder, som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, tilbakevendende depresjon, og kroniske smerter etablert over tid.

Der første og andre generasjons kliniske atferdsanalyse gjerne var protokoll-basert, er tredje generasjons tilnærminger i større grad prinsipp og teori-drevet. En endring i tredje generasjon er også det eksplisitte fokuset på å etablere effektive atferdsrepertoar, som ligner Goldiamonds (1974) *constructional*

approach til atferdsendringer. Tilnærmingene inkluderer for eksempel komponenter som ferdighetstrening eller strukturert planlegging av aktiviteter som direkte bygger på å etablere eller reetablere ferdigheter. En konsekvens av tilnærmingen er et fokus på regulering av følelser gjennom etablering av alternative eller inkompatible atferdsrepertoar, der fokuset tidligere primært var på å redusere forekomst av problematferd. Dette står i kontrast til begge de tidligere generasjonenes fokus på symptomreduksjon som det primære målet ved behandlingen. For mer kompleks problematikk, som for eksempel emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, kan et sterkt symptomreduksjonsfokus føre til spenninger mellom terapeut og pasient. Det overordnede perspektivet i tredje generasjon omhandler å fullstendig akseptere og bekrefte pasienten som vedkommende er, samtidig som fokus på endring av atferd opprettholdes.

Oversikt over tredje generasjon

Tredje generasjons atferdsterapi er assosiert med spesifikke behandlingsformer, selv om behandlingsformene – i likhet med tidligere generasjoner – har mange felles trekk. Presentasjonen under er basert på en nylig litteraturgjennomgang (Dimidjian et al., 2016). Gjennomgangen er ikke uttømmende, da en rekke andre behandlingsformer kunne vært inkludert i denne sammenheng (for eksempel *Mindfulness-basert kognitiv terapi for depresjon* (Segal, Williams, og Teasdale, 2013), *Metakognitiv terapi* (Wells og Simons, 2009), og *Unified Protocol of Emotional Disorders* (Allen og Barlow, 2008; Barlow, Allen, og Choate, 2004). Vi har imidlertid valgt ut fire sentrale eksempler på tredje generasjons atferdsterapi, som alle benyttes i større eller mindre utstrekning i Norge.

Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk Atferdsterapi (DBT) (Linehan, 1993) ble utviklet for pasienter med emosjo-

nelt ustabil personlighetsforstyrrelse og vedvarende suicidalatferd, og har senere blitt tatt i bruk for en rekke andre psykiske lidelser og i ulike settinger der emosjonell reguleringssvikt er sentralt. DBT bygger på en biososial modell der biologisk sårbarhet interagerer med den individuelle læringshistorien og skaper psykopatologi som personlighetsforstyrrelser. Linehan og kollegers (1991) første RCT av DBT var banebrytende siden det var den første studien som viste en positiv effekt av å behandle ustabil personlighetsforstyrrelse. I en meta-analyse fra 2012 (Stoffers-Winterling et al., 2012) blir evidensen for DBT oppsummert, og i en nyere meta-analyse som inkluderer også en rekke tilpasninger av DBT til ulike populasjoner demonstreres det at DBT er effektivt for å redusere selvskading og selvmordsforsøk (DeCou, Comtois, og Landes, 2018). Behandlingsmetoden har utgangspunkt i atferdsanalyse, dialektikk og zen-buddhisme. En grunnleggende antagelse er at mennesker med emosjonell reguleringssvikt mangler ferdigheter eller hindres å bruke de ferdighetene en har hva gjelder å regulere følelser, atferd og mellommenneskelige relasjoner, og ferdigheter i å holde ut eller akseptere emosjonell smerte. Pasientene læres derfor opp i ferdigheter som reflekterer disse problemområdene. Ferdighetsopplæringen er manualbasert, mens terapien ellers er prinsippstyrt. Det er snakk om relativt overordnede prinsipper, men de bør være synlige i enhver terapisesjon med pasienten. Et overordnet dialektisk prinsipp er å balansere behandlingsstrategier som kommuniserer aksept og validering med strategier for endring og problemløsning.

Utgangspunktet er at dysfunksjonell atferd er lært og opprettholdes gjennom operant og respondent betingning, samt at personligheten består av tillærte atferdsmønstre. Det antas at pasienter sjelden er klar over hvordan dette foregår, og trenger bevisstgjøring på dette gjennom atferdsspesifikk kasusformulering og atferdsanalyse som inkluderer løsningsforslag. For å balansere

dette sterke fokuset på endring integrerer DBT akseptorienterte prinsipper. DBT søker å fylle fem funksjoner og strukturerer behandlingen rundt disse: (1) Å øke motivasjon for endring gjennom individualterapi, (2) Lære nye måter å håndtere utfordringer på gjennom ferdighetsopplæring, (3) Generalisere ferdighetene til dagliglivet via hjemøvelser og gjennom telefonveiledning med sin terapeut, (4) Strukturere miljøet rundt pasienten gjennom å inkludere familie eller andre rundt pasienten der det er nødvendig, og (5) Holde terapeuter motiverte og godt i stand til å gi adekvat behandling etter de nevnte prinsippene gjennom konsultasjons-team.

Atferdsaktivering

Atferdsaktivering er en samlebetegnelse på behandlinger av depresjon som primært anvender atferdsorienterte intervensjoner som planlegging av aktiviteter (*activity scheduling*). Behandlingsformen har eksistert i ulike former siden 70-tallet (Ferster, 1973; Lewinsohn, Sullivan, og Grosscup, 1980). Etter en lengre periode utover 1980-tallet hvor interessen rundt metoden var liten gjenoppsto interessen etter at Jacobson et al. (1996) fant at atferdsaktivering *alene* var like effektivt som kognitiv terapi for depresjon i en komponentanalyse. Effekt av atferdsaktivering er funnet i flere meta-analyser (Cuijpers, van Straten, og Warmerdam, 2007; Sturmey, 2009), og evidensen for behandling av depresjon vurderes som sterk.

Behandlingen består hovedsakelig av individuell terapi med et kjernefokus på monitorering og strukturert planlegging av aktiviteter basert på kartlegging av mål og verdier (Kanter et al., 2010). Gruppebehandling (Porter, Spates, og Smitham, 2004) og døgnterapi (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, og McNeil, 2003; Myhre, Strømgren, Arnesen, og Veland, 2018) basert på atferdsaktivering eksisterer også, men er mindre evaluert og utbredt. Atferdsaktiverings teoretiske utgangspunkt er at en høy forekomst av negativ forsterkning (og straff)

fører til en reduksjon av positiv forsterkning. Tristhet – som den essensielle komponenten i en depresjon – oppstår som et biprodukt som følge av reduksjonen av positiv forsterkning. Målet med behandlingen er å øke forekomsten av positiv forsterkning gjennom målrettet og systematisk kartlegging, planlegging, og gjennomføring av aktiviteter som sannsynligvis er positivt forsterkende. Økningen av positiv forsterkning vil dermed redusere forekomsten av negativ forsterkning. Behandlingen består av få komponenter og det legges mye vekt på å identifisere og planlegge aktiviteter ut ifra den individuelle pasients mål og verdier.

Aksept og forpliktelsesterapi

Aksept og forpliktelsesterapi (ACT) (Hayes et al., 1999) er en transdiagnostisk tilnærming til psykopatologi, opprinnelig utviklet for pasienter med omfattende problemer, som ikke responderte på annen behandling. ACT bygger også på *relasjonell rammeteori* (Hayes, Barnes-Holmes, og Roche, 2001), som er en tilnærming til menneskelig språk og kognisjon. ACT er primært en individuell behandling, men andre utforminger – som døgnterapi (Gaudio og Herbert, 2006) – eksisterer også. Siden ACT er transdiagnostisk, er den utformet, tilpasset, og undersøkt for en rekke ulike psykiatriske og somatiske sykdommer. En meta-analyse av Öst (2014) konkluderte med at ACT ikke er en vel-etablert behandling for noen målgrupper, men er *sannsynligvis effektiv* for kroniske smerter og tinnitus, og *muligens effektiv* for depresjon, psykotiske symptomer, OCD, blandet angst, rusmisbruk, og jobbstress. I motsetning til for eksempel DBT eller atferdsaktivering som først bygget et empirisk grunnlag mot en bestemt målgruppe (henholdsvis borderline personlighetsforstyrrelse og depresjon) har ACT blitt evaluert i en rekke ulike målgrupper med ulike protokoller.

Utgangspunktet for ACT er at menneskelig lidelse er uunngåelig og at verbal atferd fører til opplevelsesunngåelse (*experiential*

avoidance) (Hayes et al., 1999). Opplevelsesunngåelse er et sentralt begrep i ACT ved det fører til psykologisk *infleksibilitet*. Målet med behandlingen er å øke pasientens *psykologiske fleksibilitet* – som er ett samlebegrep som består av delene kognitiv defusjonering, akseptering, kontakt med nuet, det observerende selvet, verdier, og forpliktende handlinger. Metaforer og opplevelsesbaserte øvelser benyttes for å redusere unngåelse av opplevelser og øke psykologisk fleksibilitet. ACT kan ses på som en form for forberedelse for første generasjonsbehandling, og Hayes et al. (1999) presiserer at ACT alltid skal ende opp i et konkret endringsarbeid som eksponeringsterapi.

Funksjonell analytisk psykoterapi

Funksjonell analytisk psykoterapi (FAP) ble utviklet av erfaringene til Kohlenberg og Tsai (2007) og deres arbeid med å utvikle dype, intense og meningsfulle terapeutiske relasjoner. FAP er en behandling for interpersonlige problemer som fokuserer på hvordan terapeuten kan *shape* pasientens atferd i en terapeutisk relasjon. Teoretisk er FAP en slags blandingsmodell av psykoanalytisk og læringsteoretisk tenkning, og kan ses på som et atferdsanalytisk perspektiv på terapeut-pasient relasjonen. Siden pasienter ofte fremviser den samme typen problematferd i en terapeutrelasjon som på andre områder i livet, antar man at endringen i terapeutrelasjonen generaliseres til andre områder av livet. FAP har ikke empirisk støtte for spesifikke psykiske lidelser, men er vist effektiv i kassustudier (Kanter et al., 2006; Villas-Bôas, Meyer, og Kanter, 2016). I en meta-analyse fant Kanter og kolleger (2017) støtte for at FAP-teknikker – med terapeuten som en sosial forsterkningsformidler – bidrar til atferdsendring.

Tre klasser med klinisk relevant atferd (KRA) er det kliniske fokuset i FAP: (1) KRA1 – problematferd som inntreffer under behandling, (2) KRA2 – alternativ/målatferd som inntreffer under behandling, og (3) KRA3 – at pasienter gjør funksjonelle

analyser av sin egen atferd (Kohlenberg og Tsai, 2007). FAP vektlegger bruk av naturlige forsterkere, og anvender ikke tegnøkonomi-systemer eller lignende. Målet for terapeuten er å frembringe klinisk relevant atferd og forsterkere KRA2 gjennom naturlige sosiale forsterkere. Prinsippene i behandlingen er relativt enkle og ustrukturerte, men utfordrende siden de skal gjennomføres spontant og naturlig i en løpende interaksjon med pasienten. FAP kan enkelt inkluderes i de andre behandlingsformene beskrevet, blant annet for å behandle terapihemmende atferd under konsultasjoner.

Felles elementer og kjennetegn ved tredje generasjons atferdsterapi

Selv om tredje generasjon atferdsterapi er delt opp i avgrensede behandlingsformer med ulike målgrupper, utforming, og teknikker, deler de flere sentrale kjennetegn. Tre slike kjennetegn er mindfulness, funksjonelle analyser, og fokus på å etablere verdi-baserte atferdsrepertoar. Sentrale trekk ved tidligere generasjoner – som fokus på atferd og teknikker for å regulere følelser og intervensjoner – inngår også i tredje generasjons tilnærminger, og drøftes ikke i det følgende. I likhet med første generasjons atferdsterapi er primærfokuset på å intervenere mot atferdens funksjon fremfor struktur, noe som gjør at behandlingsformene kan tilpasses brede målgrupper fremfor spesifikke symptomgrupper.

Mindfulness

Terapi kan defineres som målrettet endring. En terapeutisk prosess vil utfra dette måtte medføre valg av områder for endring. En sentral del av endringen er å operasjonalisere mål. Det å velge ut områder for endring medfører også valg av områder en ikke forsøker å endre, men avventer eller helt og fullt *aksepterer* slik de er. Tilsynelatende er dette motsetningsfylt, men endring og utvikling skjer nettopp gjennom at slike dialektiske dilemma oppstår og håndteres.

For eksempel kan atferd– som manglende ferdigheter – endres, mens opplevelser – som vonde minner – må aksepteres. Krantz, McMain, og Kuo (2018) fant at ikke-dømmende aksept forklarer endringer i bruk av DBT-ferdigheter og endringer i frekvensen av selvskadning.

Inspirasjonen fra mer akseptorientert praksis og mindfulness i DBT balanserer det sterke fokuset på endring, og er forenlig med atferdsanalyse. Likt atferdsanalyse er det et prinsipp å forholde seg til virkeligheten slik den er; basert på observasjoner og også antagelsen om alt har en årsak. Dette er forenlig med radikal behaviorisme der en jobber med å finne variabler som predikerer og påvirker atferd. Dette følges av en antagelse om at nettopp derfor er alt som det skal være. Her brukes ikke ordet *skal* som en vurdering, men som forenlig med kontingensbegrepet. Atferd oppstår ikke i et vakuum, men formes og opprettholdes av kontingenser. For eksempel er nettopp observasjon og aksept av ting slik de er avgjørende for å kunne beskrive, analysere og endre noen av faktorene som er involvert i problematferd.

Likheten mellom atferdsanalyse og mindfulness blir tydelig også vedrørende eksponering. Eksponering er for eksempel å fullt å oppleve (under trygge betingelser) det en er redd for (utløsende stimuli), for så å blokkere trangten til unngåelse/flukt. Dette er mindfulness i praksis. Mindfulness er både et sett av ferdigheter som en må oppøve for nettopp å kunne erfare ting slik de er, men også en kjerneferdighet for å kunne vite hva slags andre ferdigheter en kan ha behov for på tvers av situasjoner. Det er også vist at i seg selv kan det å være årvåkent tilstede virke følelsesregulerende (Roemer, Williston, og Rollins, 2015).

Funksjonelle analyser

Funksjonelle analyser er en essensiell del av alle atferdsorienterte tilnærminger, følgelig er de også en essensiell del av tredje generasjons atferdsterapier. En funksjonell

analyse ser på sammenhengen mellom en konkret atferd, dens foranledninger, og hvilke konsekvenser atferden produserer. Fokuset har både et psykoedukativt formål der pasienten gis kontekstuelle forklaringer på symptomer og problematferd, men også ett terapeutisk formål siden det gir pasienten muligheten til å forstå og begrunne intervensjonene som benyttes i behandlingen. Funksjonelle analyser er mindre grad vektlagt i andre generasjon enn i de øvrige generasjonene. For øvrig vektlegger tredje generasjon betydningen av å lære bort funksjonelle analyser til pasienter som en sentral del av behandlingen, noe som i liten grad har vært vektlagt tidligere.

På tross av sin sentrale rolle i alle behandlingsformene, er funksjonelle analyser forholdsvis lite beskrevet og undersøkt i klinisk atferdsanalyse. Ruiz-Sancho, Froján-Parga, og Calero-Elvira (2013) gjennomførte en funksjonell analyse av verbal interaksjon mellom terapeut og pasient. Formålet var å avdekke om det var relasjonen i seg selv som var effektiv, eller om det var en læringsprosess. De analyserte terapeuters verbalatferd i kategorier som *cueing* (stikkord, antydninger; – Har du gjort oppgavene siden sist), *approval* (– Bra, –Veldig bra) og *disapproval* (–Det er ikke sant at du ikke klarer det). Pasientens verbalatferd ble analysert i kategoriene *pro-terapeutisk* og *anti-terapeutisk*. Pro-terapeutisk bestod av *well-being* (– Jeg føler meg bra), *achievement* (– Jeg klarte det), *overholdelse av instruksjoner i økten* (at pasienten beskriver mulige forklaringer på at en situasjon oppstod eller hvorfor han tenkte sånn eller slik i en situasjon) og *overholdelse av instruksjoner utenom økten* (at pasienten beskriver hvordan han skal øve på en oppgave kommende uke). Anti-terapeutiske utsagn var kategorisert som *discomfort* (– Jeg føler meg ikke bra), *failure* (–Jeg kommer ikke til å klare det), og *ikke-overholdelse av instruksjoner i økten* (ikke å akseptere lydopptak) og *utenom* (Jeg kommer ikke til å rekke å registrere). De fant at terapeutens *approval* av pro-terapeutiske ytringer bedret både relasjonen og effekten

av behandlingen, spesielt forsterkning av overholdelse av instruksjoner utenom økten.

I atferdsaktivering beskrives det at funksjonelle analyser er en sentral del av behandlingen, men det er lite beskrevet hvordan de tilpasses klinisk atferdsanalyse. Som tidligere nevnt er klientens funksjonelle analyser en egen målatferd i FAP. ACT bruker funksjonelle analyser og kan vise hvordan funksjonelle analyser inkluderes i klinisk atferdsanalyse. Opplevelsesunngåelse kan for eksempel tolkes som en funksjonell responsklasse (negativ forsterkning) gitt kontakt med ubehagelige situasjoner (tanker, følelser, minner, andre mennesker) (Lundgren, 2009). Denne responsklassen kan være destruktiv dersom funksjonen ikke bidrar til et mer verdi-basert liv. Terapeuten jobber sammen med pasienten for å kartlegge atferdens funksjon og effekten på sikt. Deretter jobbes det med alternativet: i en ubehagelig situasjon (tanker, følelser, minner, andre mennesker), hvordan velge en *verdi-basert* måte å møte den på – med en villighet til å oppleve ubehaget (også kalt psykologisk fleksibilitet) – fremfor med opplevelsesunngåelse. Det gjøres slik en funksjonell analyse av både problemet og av den alternative, ønskede atferden som kan erstatte problematferden. Dette klargjør pasientens valg, og skal motivere for det verdi-baserte valget.

DBT benytter en annen utforming på funksjonelle analyser enn tidligere beskrevet. Funksjonelle analyser i DBT kalles *kjedeanalyser* (Linehan, 1993) og fokuserer i større grad på sekvenser av atferd fremfor en avgrenset atferd. Kjedeanalyser er en effektiv måte å få frem privat atferd i en funksjonell analyse ved å se på sekvenser av hendelser, tanker og følelser frembragt av en foranledigende hendelse. I likhet med ACT benytter DBT kjedeanalyser for å analysere problematferd og *løsningsanalyser* for å etablere verdi-baserte atferdsmønstre. I løsningsanalysen identifiseres alternativ atferd som etableres ved bruk av for eksempel ferdighetstrening, eksponering eller contingency management.

Etablering av verdi-baserte atferdsrepertoar

Sentralt i atferdsanalyse er en gjensidig interaksjon mellom atferd og omgivelser – vi påvirkes av omgivelsene og vi kan påvirke omgivelse. Det sentrale målet i alle behandlingsformene beskrevet er at målet er å få pasienten til å påvirke og interagere med omgivelsene på en måte som er i tråd med livet pasienten ønsker å leve. Målet er å redusere atferdsmønstre under aversiv kontroll (negativ forsterkning og straff) og øke forekomsten av atferdsmønstre som er positivt forsterket. Det som skiller tredje generasjons behandling fra de tidligere behandlingsformene er ett bredere mål for behandlingen. Felles for alle formene er også ett fokus på å bygge ett godt liv i tråd med pasientens mål og verdier bredt sett, utover å redusere symptomer. For å oppnå målet benyttes to elementer; verdier eller mål i forhold til å identifisere verdi-baserte atferdsmønstre, og empirisk baserte endringsteknikker for å etablere atferdsmønstrene.

Verdier. Verdi-baserte atferdsrepertoar viser til atferd som er positivt forsterket og ønsket av pasienten. Verdi-begrepet har eksistert i en årrekke innenfor humanistisk psykologi, men ble inkludert som en del ACT (Hayes et al., 1999). Verdier er definert som fritt valgte, verbalt konstruerte konsekvenser av pågående dynamiske atferdsmønstre, som hovedsakelig er forsterkende i seg selv (Hayes, Strosahl, og Wilson, 2012). Verdibaserte atferdsmønstre har appetitive kvaliteter siden de er positivt forsterket. De står i motsetning til atferdsmønstre som er negativt forsterket, der man er i kontakt med en aversiv stimulus. Et sentralt skille mellom verdier og mål er at verdier fokuserer på pågående atferdsmønstre, der mål fokuserer på ett bestemt utfall. Av den grunn er verdier ofte globale, mens mål er spesifikke. En fordel med at verdier er globale, er at de i mindre grad enn mål er utsatt for metning og at de gjelder for bredere områder av livet.

En verdikartlegging gjøres i samarbeid med klienten. Til forskjell fra typisk anvendt

atferdsanalyse kan vurderingen av sosial signifikant atferd blant annet gjennomføres ved å kartlegge pasientens preferanser og ønsker. Ulike skjemaer som *Bulls Eye* (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl, og Melin, 2012), eller *Valued Living Questionnaire* (Wilson og Murrell, 2004) kan benyttes. Metaforer og opplevels-baserte øvelser benyttes også for å illustrere verdi-konseptet. Et eksempel på en metafor er at verdier er som en kompasskurs som gir livet ditt retning og mening. Typiske eksempler på verdier er nære relasjoner – som for eksempel *å være en tilstedeværende partner* eller *være en omsorgsfull mor*. Verdier begrenser seg derimot ikke til relasjoner, men vil også gjelde andre områder av livet som fritid, arbeid og utdanning, personlig utvikling og helse, eller daglige gjøremål.

Grunnstammer i påvirkning. Alle behandlingsformene inkluderer eksplisitte atferdsendingsintervensjoner som har bred generalitet – for eksempel ferdighetstrening i DBT, planlegging av aktiviteter i atferdsaktivering, shaping av klinisk relevant atferd i FAP, eller verdibaserte handlinger i ACT. Fellestrekkene ved intervensjonene er at de baserer seg på empirisk støttede prosesser for endring av atferd, som bidrar til å øke forekomsten av verdi-baserte atferdsrepertoar. Dette står i kontrast til første generasjon og andre generasjon som primært retter seg mer spesifikt mot reduksjon av symptomer, manualbasert for spesifikke lidelser. At intervensjonene har bred generalitet gjør også at behandlingsformene ikke nødvendigvis avgrenser seg til en spesifikk lidelse, men vil kunne anvendes ved flere samtidige diagnoser, eller beslektede tilstander.

Embry og Biglan (2008) har beskrevet noe de kaller *evidence-based behavioral kernels*, som da er enkle strategier for påvirkning av atferd. I begrepet *kernel* (kjerne, grunnstamme, essens), ligger det at det er den enkleste effektive strategi for påvirkning av atferd. De kan regnes for å være empirisk støttede endringsprosesser. Eksempler på grunnstammer er time-out (negativ straff), verbal ros (positiv forsterkning), eller å

puste gjennom nesa (demper fysiologisk aktivering).

Grunnstammer kan også være verbale, da basert på relasjonell respondering eller *relasjonell rammeteori* (Hayes et al., 2001). Det handler om å koble stimuli sammen, for eksempel gamle til nye, slik at den “gamle” stimulusen endrer funksjon for personen etter at den “nye” stimulusen har blitt koblet på. Nordmenn liker å sole seg, det er så få dager med sommer at alle anledninger benyttes. Stimulusen sol foranlediger ut på stranda og av med klærne. Så har det vært kampanjer med at soling kan medføre føflekker, føflekker kan endre seg og bli til føflekkreft, og føflekkreft kan være dødelig. Dette endrer funksjonen av stimulusen sol, fordi den verbalt også er relatert til kreft og mulig død. Med endret funksjon endres kontekst, med mindre avledning, kortere soling eller eventuelt mer solfaktor som utslag i atferd. Embry og Biglan kalte denne grunnstammen for *branding*, og viste til et eksempel der barn i større grad valgte grønnsaker dersom de ble servert i McDonald innpakkingspapir.

Motiverende Intervju (MI) (Miller og Rollnick, 1992) er en annen verbal grunnstamme for påvirkning av atferd (Embry og Biglan, 2008). Atferd endres gjennom dialog mellom pasient og terapeut. Endringen i motivasjon og siden atferd skjer ved at betingelser for den problematiske atferden avdekkes, eksempelvis hva som er positivt med rus (positiv eller negativ forsterkning) og når det er mest sannsynlig at inntak av rusmidler velges (kontekst). Videre forsterker terapeuten pasientens utforskning av grunner til å endre seg; hva er negativt med rus, hva er positivt med å ikke velge rus, og hvor vanskelig/lett er det å endre noe, hvor og når kan endringen begynne. Embry og Biglan hevder at den mest åpenbare effekten er at *dette endrer måten pasienten relaterer* negativ atferd til negative konsekvenser og positiv atferd til positive konsekvenser. MI endrer derfor pasientens nettverk av relasjoner på en måte som gjør noen atferder mer ønskelige og andre mindre ønskelige.

Avslutning

Mens alle behandlingsformene i tredje generasjon i utgangspunktet er sammensatt av ulike typer intervensjoner som er rettet mot en spesifikk målgruppe, har flere av behandlingsformene blitt evaluert og utviklet også mot andre lignende lidelser og komorbide tilstander. Det er mulig siden behandlingene ikke er rettet mot en spesifikk form for problematferd. Dette er en klar fordel siden det i eksisterende strukturelle diagnose-systemer er stor overlapp mellom ulike tilstander, og behandlingen blir derfor mer anvendbar enn når den er rettet mot en spesifikk lidelse. Som vist deler også tilnærminger flere sentrale kjerneelementer og grunnleggende teoretisk perspektiv som gjør at komponenter relativt enkelt kan kombineres mellom tilnærminger. Prinsippfokus i behandlingene gjør også at behandlingene er lettere å tilpasse pasientene enn ved protokollbaserte tilnærminger som KAT.

Siden den spede starten med å utvikle kriterier for å evaluere psykologisk behandling med Chambless og kolleger (1998) sitt arbeid for 20 år siden, befinner vi oss nå i en periode der flere behandlingsformer har empirisk støtte for en rekke ulike lidelser. Kriteriene for empirisk støttet behandling har som følge av den økte kunnskapsbasen også utviklet seg i retning av å fokusere mer på effektivitet, iatrogene effekter (når behandlingen forårsaker skade), og litteraturoppsummeringer (Tolin, McKay, Forman, Klonsky, og Thombs, 2015). Et betydelig kunnskapshull er likevel hva som er endringsmekanismer, mediatorer, eller moderatorer i de ulike behandlingsformene. For å evaluere dette trengs andre typer design enn typiske randomiserte kontrollerte undersøkelser som brukes for å evaluere behandlingens relative effektivitet opp mot ingen behandling, standard behandling eller en annen spesifisert behandlingsform. Studier som undersøker endringsmekanismer begynner å komme (for eksempel: Folke et al., 2015; Neacsiu, Rizvi, og Linehan, 2010; Santos et

al., 2017; Villatte et al., 2016), men behovet for mer kunnskap om hva som virker – også i de empiriske støttede behandlingene – er stadig stort. Mer kunnskap om prosesser som fører til endring vil kunne ha direkte implikasjoner for utvikling av behandling. Det er ingen grunn til å tro at utviklingen skal stoppe her, og en ytterligere dreining i retning av empirisk-baserte prosedyrer og prosesser er i tråd med atferdsanalysen vektlegging av empirisme og pragmatisme. Hayes og Hofmann (2017) forespeiler en fremtidig dreining mot *prosess-basert terapi*; der det er et evidens-basert forhold mellom prosesser og prosedyrer – slik som ved grunnstammer i påvirkning.

Både 2. og 3. generasjons atferdsterapier har muligens samme virkningsmekanisme. De verbale og opplevelses-baserte elementene handler om å få verbale pasienter til å forplikte seg til å delta i behandlingen. Alle behandlingsformene beskrevet her retter seg i stor grad mot å erstatte atferd under aversiv kontroll med atferd som er positivt forsterket. Behandlingsformene kan ha ulike perspektiver på hva som er viktig i utviklingen av problematferd, men behandlingen vil rette seg mot faktorene som *oppretholder* problematferden. Intervensjonene retter seg mot generelt mot (I) reduksjon eller demping av unngåelsesatferd (som eksponeringsterapi eller mindfulness), eller (II) øke forekomsten til eller kontakten med positiv forsterkning (som contingency management eller ferdighetstrening).

Signifikante fremskritt i tredje generasjonsbehandlingene kan oppsummeres med mer fleksible tilnærminger, anvendbarhet ovenfor nye pasientgrupper, stadig voksende grad av empirisk støtte, og en bevegelse mot mer transdiagnostiske tilnærminger. En klinisk konsekvens av forståelsen presentert her er mer fleksibel behandling som kan tilpasses til pasientens problematiske atferdsmønstre. Behandlingen burde tilstrebe å være basert på evidensbaserte virkningsmekanismer. Som nevnt innledningsvis er målet med anvendt atferdsanalyse å endre

atferd til det bedre for individet, og i løpet gjennom de tre generasjonene har det skjedd utviklinger som har gjort atferdsanalyse bedre i stand til å oppnå det målet. Det er all grunn til å tro at videre forpliktelser til empiriske evalueringer fører til ytterligere fremskritt i tiden som kommer, hvorav bedre forståelse av underliggende virkningsmekanismer er særlig viktig. Fremskritt kan være hva som fungerer for hvem og hvordan, samt et fokus på hvilke komponenter som er effektive i denne sammenhengen.

Referanser

- Allen, L. B. M., R. K., og Barlow, D. H. (2008). Emotional Disorders - A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders - A step-by-step Treatment Manual* (pp. 216–249). New York, NY: The Guilford Press.
- Ayllon, T., og Azrin, N. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*: Appelton Century Crofts.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., og Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91–97. doi:10.1901/jaba.1968.1-91
- Barlow, D. H., Allen, L. B., og Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230. doi:10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184–200. doi:10.1016/S0005-7894(70)80030-2
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., og Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York, NY: The Guilford Press
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 51, 3–16. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Choy, Y., Fyer, A. J., og Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 266–286. doi:10.1016/j.cpr.2006.10.002
- Clark, D. M., og Wells, A. (Eds.). (1995). *A cognitive model of social phobia*. New York, NY: The Guilford Press.
- Cuijpers, P., van Straten, A., og Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318–326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., og Landes, S. J. (2018). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 49, 1–13. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009
- Dickerson, F. B., Tenhula, W. N., og Green-Paden, L. D. (2005). The token economy for schizophrenia: review of the literature and recommendations for future research. *Schizophrenia Research*, 75(2), 405–416. doi:10.1016/j.schres.2004.08.026
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., og Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 886–905. doi:10.1016/j.beth.2016.07.002
- Dougher, M. J., og Hayes, S. C. (1999). Clinical Behavior Analysis. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11–26). Reno, NV: Context Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Michigan, USA: Carol Publishing Group.
- Embry, D. D., og Biglan, A. (2008). Evidence-based Kernels: Fundamental Units of Behavioral Influence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 75–113. doi:10.1007/s10567-

- 008-0036-x
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870. Hentet fra <http://www.apa.org/>
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Kanter, J. W., Kuutmann, K., . . . Ekselius, L. (2015). Behavioral activation in acute inpatient psychiatry: A multiple baseline evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 170–181. doi:10.1016/j.jbtep.2014.10.006
- Gaudiano, B. A., og Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415–437. doi:10.1016/j.brat.2005.02.007
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 1–84. doi:10.5210/bsi.v11i2.92
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., og McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147–185. doi:10.1901/jaba.2003.36-147
- Harris, R., og Jacobsen, T. N. (2010). Omfavnt dine demoner og følg ditt hjerte - en introduksjon til aksept- og forpliktelseseterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(3), 246–255. Hentet fra www.idunn.no
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, og M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance - Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1–29). New York, NY: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., og Roche, B. (2001). Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, og B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S. C., og Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. doi:10.1002/wps.20442
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., og Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy - An Experiential Approach to Behavior Change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., og Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy - The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Hofmann, S. G., og Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1–16.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G., og Beck, A. T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199–212. doi:10.1016/j.beth.2009.01.007
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., og McNeil, D. W. (2003). A behavioral activation treatment for depression - Randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*(27), 458–469. doi:10.1177/0145445503255489
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295–304. doi:10.1037/0022-006X.64.2.295
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M.,

- Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., og Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: a successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 39*, 463–467. doi:10.1901/jaba.2006.21-06
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W. M., Villas-Bôas, A., og Reyes Ortega, M. A. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 58*, 141–156. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.010
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., og Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*, 608–620. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Kohlenberg, R. J., og Tsai, M. (2007). *Functional Analytic Psychotherapy - Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. New York, NY: Springer.
- Krantz, L. H., McMains, S., og Kuo, J. R. (2018). The unique contribution of acceptance without judgment in predicting nonsuicidal self-injury after 20-weeks of dialectical behaviour therapy group skills training. *Behaviour Research and Therapy, 104*, 44–50. doi:10.1016/j.brat.2018.02.006
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., og Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 17*, 322–334. doi:10.1037/h0085929
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., og Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*(12), 1060–1064. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Lundgren, T. (2009). Self-Destructive Behavior, ACT, and Functional Analysis. In: Blackledge, J. T., Ciarrochi, J., Deane, F., *Acceptance and Commitment Therapy – Contemporary Research and Practice*. Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J. A., Strosahl, K., og Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A Psychometric Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 518–526. doi:10.1016/j.cbpra.2012.01.004
- Mehlum, L., og Tørmoen, A. J. (2015). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi, 19*(3). doi:10.5617/suicidologi.2266
- Miller, W. R., og Rollnick, S. (1992). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. London, UK: The Guilford Press.
- Myhre, M. Ø. (2017). Atferdsaktivering for depresjon. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 54*(5), 466–471. Hentet fra www.psykologtidsskriftet.no
- Myhre, M. Ø., Strømgren, B., Arnesen, E. F., og Veland, M. C. (2018). The feasibility of brief behavioural activation treatment for depression in a PICU: a systematic replication. *14*(1), 15–23. doi:10.20299/jpi.2018.001
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., og Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 832–839. doi:10.1016/j.brat.2010.05.017
- Porter, J. F., Spates, C. R., og Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(3), 297. doi:10.1037/0735-7028.35.3.297
- Roemer, L., Williston, S. K., og Rollins,

- L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52–57. doi:10.1016/j.copsyc.2015.02.006
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X., og Calero-Elvira, A. (2013). Functional Analysis of the Verbal Interaction Between Psychologist and Client During the Therapeutic Process. *Behavior Modification*, 37(4), 516–542. doi:10.1177/0145445513477127
- Santos, M. M., Rae, J. R., Nagy, G. A., Manbeck, K. E., Hurtado, G. D., West, P., . . . Kanter, J. W. (2017). A client-level session-by-session evaluation of behavioral activation's mechanism of action. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 93–100. doi:10.1016/j.jbtep.2016.07.003
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., og Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York, NY: The Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1953/1965). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press.
- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., og Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Sturmey, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*, 33(6), 818–829. doi:10.1177/0145445509350094
- Svartdal, F. (2014). Hypotetiske konstrukt innenfor atferdsanalyse: Finnes de? Ja, men der lever de dessverre ikke i beste velgående. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 41, 119–131. Hentet fra www.nta.atferd.no
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., og Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317–338. doi:10.1111/cpsp.12122
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., og Kanter, J. W. (2016). The Effects of Analyses of Contingencies on Clinically Relevant Behaviors and Out-of-session Changes in Functional Analytic Psychotherapy. *The Psychological Record*, 66(4), 599–609. doi:10.1007/s40732-016-0195-y
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Vilardaga, J. C. P., Atkins, D. C., og Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52–61. doi:10.1016/j.brat.2015.12.001
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158. doi:10.1037/h0074428
- Wells, A., og Simons, M. (2009). *Metacognitive therapy*: Wiley Online Library.
- Wilson, K. G., og Murrell, A. R. (2004). Values Work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a Course for Behavioral Treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, og M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance - Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 120–151). New York, NY: Guilford Press.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex : a Pavlovian journal of research & therapy*, 3(4), 234–240. doi:10.1007/bf03000093
- Woods, D. W., Miltenberger, R. G., og Carr, J. E. (2006). Introduction to the special section on clinical behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 407–411. doi:10.1901/jaba.2006.intro
- 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. doi:10.1016/j.brat.2014.07.018

Three Generations of Clinical Behavior Analysis

Martin Øverlien Myhre¹, Anita Johanna Tørmoen¹, Børge Strømngren², og Fredrik A. Walby¹

¹University of Oslo, ²OsloMet – Oslo Metropolitan University

Clinical behavior analysis has recently gained new attention, partly due to the recent developments in Mindfulness-based behavior therapy. The aim of the current article is to briefly describe the historical development of Clinical behavioral analysis and provide a relevant overview of the different types of treatment. The historical development of Clinical behavioral analysis is described through three generations of behavioral therapy. A brief introduction to third generation treatments - such as Dialectical Behavior Therapy, Behavioral Activation, Acceptance and Commitment Therapy, and Functional Analytic Therapy – is provided. Mutual elements essential for the third-generation treatments are illustrated by three key characteristics: Mindfulness, the use of functional analysis together with the patient, and the development of value-based behavioral repertoires. In the end, we discuss the need for more research that can further improve the treatment's feasibility and design and enhance the empirical support of clinical behavior analysis in the future.

Keywords: Dialectical behavior therapy, behavioral activation, accept- and commitment therapy, functional analytic psychotherapy