

# Atferdsanalyse, kliniske psykologer og psykologikk

Børge Holdens kommentar bekrefter vår beskrivelse av atferdsanalysens svekkete posisjon blant kliniske psykologer, mens Jan Smedslunds annerkjennelse av vår kliniske visdom får en bismak når vårt innlegg mest anvendes for å utdype deler av psykologikken.

## TEKST

**Jan Skjerve**

**Sissel Reichelt**

**PUBLISERT 7. oktober 2019**

---

Psykologtidsskriftet publiserte i august vårt innlegg «Atferdsanalysens glemte potensial» (Skjerve & Reichelt, 2019). I innlegget påpekes det at atferdsanalyse i dag har en langt svakere posisjon i opplæringen av kliniske psykologer enn for noen ti-år siden. Atferdsanalyse som en tilnærming til å kartlegge kliniske problemer og planlegge behandling kan inngå som elementer i ulike eklektiske tilnærminger, men få kliniske psykologer viser til atferdsanalytisk forståelse som sin primære orientering. Vi hevdet at tenkemåten ikke er «gått ut på dato», men at den fremdeles kan være til nytte i arbeidet med mange klienter. Dette illustrerte vi med eksempler på anvendelsen av ti atferdsanalytiske påstander eller prinsipper.

**«At Smedslund kan hevde at dette ikke er eksempel på empirisk forskning, henger sammen med hans definisjon av forskning, som vi tidligere har betegnet som absolutistisk ...»**

**Børge Holden bekrefter i sin kommentar** «Norsk atferdsanalyse kan ha luktet litt rart, men er mer i live enn noen gang» vår beskrivelse av atferdsanalysens svekkete posisjon blant kliniske psykologer. Samtidig beskriver han at atferdsanalyse har en sterk posisjon både i forskning og undervisning ved Oslo Met, der det utdannes atferdsvitere på ulike nivåer. Han omtaler også stor aktivitet i Norsk atferdsanalytisk forening og ved flere høyskoler. At andre yrkesgrupper enn psykologer får opplæring i og anvender atferdsanalyse i betydelig omfang, underbygger vårt poeng med at atferdsanalysen har et potensial som ikke blir utnyttet av kliniske psykologer.

**Jan Smedslund kommenterer** vårt innlegg under tittelen «Atferdsanalysens styrke og begrensning». Han omtaler vårt innlegg som en klar og konsentrert presentasjon av brokker av klinisk visdom. Vi takker for anerkjennelsen, men det gir litt bismak når det i neste setning fremgår at anerkjennelsen gis fordi innlegget bidrar til utdyping av deler av psykologikken.

**Vår første påstand lød:** *Det er atferden som er problemet.* Essensen i påstanden er at det tas avstand fra den medisinske sykdomsmodellen for psykiske vansker. Vi sier videre at atferdsbegrepet er vidt og innbefatter motorisk, verbal, emosjonell, kognitiv og fysiologisk atferd. Vi bruker også begrepet væremåte og omtaler funksjonsanalyse av de mange forhold som kan påvirke væremåten. Det er gjennom funksjonsanalysen en kan «forstå» atferden. Videre vises det til at merkelapper som *aggresjon, manglende oppmerksomhet, angst eller umotivert* brukes i hverdagslivet uten at det vises til bestemt atferd. I det kliniske arbeidet er det viktig at alle parter er enige om hva problembetegnelser viser til. Derfor må merkelappene operasjonaliseres, og operasjonaliseringen må individualiseres på bakgrunn av den enkelte klientens særegne væremåter.

**Smedslund referer til vår framstilling ved å si** at vi har en fysikalsk definisjon av atferd, samtidig som han henviser til (klassisk?) behaviorisme. Han gir så et eksempel på atferd som er helt meningsløst i forhold til det vi omtaler. Dette grepet med å forandre vår framstilling brukes så for å kritisere flere av påstandene som gir føringer for atferdsanalysen.

Smedslund skriver videre at ingen av de ti påstandene er resultat av empirisk forskning. Det er vi enige i, og vi har heller ikke hevdet det. Vår posisjon og Smedslunds er likevel vidt forskjellige, noe vi vil belyse ved å se på hva han og vi legger i et par av påstandene.

**Påstand 4 lød:** *Når atferd varer ved over tid, er det alltid noe som holder den ved like.* Smedslund påpeker at dette er en sannhet vi må ta som gitt og i overensstemmelse med psykologikken. Dette oppfatter vi som lite interessant. Det klinisk interessante er at påstanden minner klinikeren om viktigheten av funksjonsanalysen: å danne seg hypoteser om hva som er opprettholdende, foreta kartlegginger og forsøke å skape endring i de opprettholdende forholdene. Gjennomføringen av tiltak kan da ses på som en hypotesetesting. Dette er en individualisert analyse, men over tid vil klinikeren samle erfaring som innebærer en øket treffsikkerhet med hensyn til hypoteseformulering. At Smedslund kan hevde at dette ikke er eksempel på empirisk forskning, henger sammen med hans definisjon av forskning, som vi tidligere har betegnet som absolutistisk (Skjerve og Reichelt, 2017).

**Ett eksempel til: Påstand 9:** *En må legge til rette for generalisering av atferdsendring over ulike situasjoner.* I følge Smedslund uttrykker påstanden en logisk nødvendighet. Men det er sannelig ikke en praktisk klinisk nødvendighet. Om så var ville jo ikke fenomenet svingdørspasient forekommet. Og alle autister under sosial trening ville fått erfaring med et tilstrekkelig antall personale til at nye ferdigheter kom i bruk i situasjoner de ikke var kjent med. En må rett og slett prøve ut ulike

generaliseringsopplegg og skaffe seg systematisert erfaring, les drive empirisk forskning, for å kunne planlegge tiltakene.

**Påstandene er ikke formulert som** empirisk funderte lovmessigheter. Men de gir viktige retningslinjer for det kliniske arbeidet, og de er underbygd av teoretiske perspektiver som den sosiale avviksmodellen og empirisk forskning (ikke i Smedslundsk forstand) om hvordan det kliniske arbeidet bør utføres.

**Jan Skjerve**, Institutt for klinisk psykologi, UiB og **Sissel Reichelt**, Psykologisk institutt, UiO

#### TEKST

**Jan Skjerve**, Institutt for klinisk psykologi, UiB

KONTAKT: jan.skjerve@psykp.uib.no

**Sissel Reichelt**

+ Vis referanser

Skjerve, J. & Reichelt, S. (2017). Vitenskapelig absolutisme en gang til.  
, 1108–1109.

Skjerve, J. & Reichelt, S. (2019). Atferdsanalysens glemte potensial.  
, 565–569.