

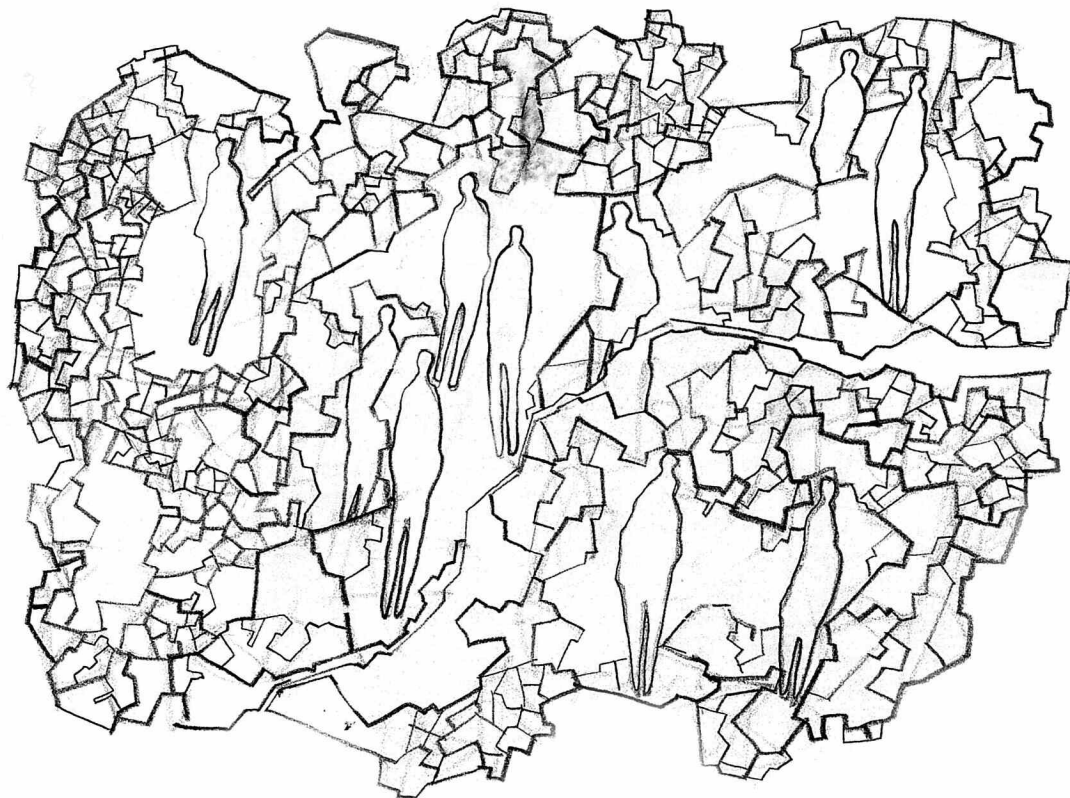
Kvalitetssikring eller instrumentalistisk fejlgreb

Artiklen spørger til det empiriske grundlag for evidensbaseret behandling – er der evidens herfor?

Svaret er nej. Tværtimod er det et stærkt "evidensbaseret" udsagn at hævde, at den gode relation og terapeutens evne til at skabe denne er afgørende for udbyttet.

Af Tor-Johan Ekeland
oversat af Lissi Nordahn

Videnskab er at skabe viden, kundskab der holder! Derfor tror vi på videnskaben. Men *troen* på videnskaben er samtidig videnskabens fjende. For videnskabens væsen er at tvivle, være kritisk. Og netop når det gælder sundhed, sygdom og behandling har så mange forskellige tiltag og påfund vist sig ved nærmere undersøgelse at have været offer for den menneskelige dårskab, ren ønsketænkning og fejlslutninger. Og videnskaben selv er ingen garanti. Derfor er videnskabens imperativ at korrigere sig selv. Men, eftersom videnskaben har status, er "videnskabelig" en måde at legitimere kundskab på – og af alle misbrug i vor tid er henvisningen til videnskab den mest indbringende. At kravene til hvilke udlægninger, der er videnskabeligt dokumenteret, nu bliver skærpet, er for så vidt kun ret og rimeligt. Sådan cirka var min første positive reaktion på det, som jeg troede "evidensbaseret behandling" handlede om. Siden har tvivlen meldt sig, også på grund af artiklen "Den gode strid" (jf. nr. 11/98 af Tidsskriftet).



Tegninger Gert Hansen

VIDENSKAB OG PRAKSIS

Overordnet set handler denne debat om forholdet mellem videnskab og praksis, i dette tilfælde forholdet mellem psykologi som videnskab og det videnskabelige grundlag for fagets vigtigste praksisdisciplin, den kliniske psykologi. Lad mig for en ordens skyld sige, at jeg i princippet ikke bare finder det uproblematisk men også nødvendigt, at klinisk praksis bliver vurderet gennem empirisk forskning, og at kvantitative og kvalitative metoder i denne sammenhæng er nødvendige korrektiver til hinanden. Ganske vist er der meget, der står til diskussion også i disse metoder, men det vil jeg lade ligge, fordi videnskabens rolle som *afslører*, som kritisk kundskabspraksis, der skal fortælle os, hvad der ikke er gyldigt, er det mindst problematiske ved videnskaben som kulturhistorisk projekt.

Hvis man eftersporer begrebet "evidensbaseret behandling" og den tænkning, den ser ud til at hvile på, så er det ikke *videnskab som kritisk undersøgelse af praksis*, der er problematisk, det er tanken om en *videnskabelig praksis*, at videnskaben skal konstruere praksis, som er problematisk. Dette skel er væsentligt. For at sige det enkelt gælder det forholdet mellem videnskaben som sandhedsprojekt og videnskabens teknisk-instrumentelle rolle. Historisk set har videnskaben udviklet sig som en efterprøvning af den praktisk etablerede kundskab. Ifølge videnskabshistorikeren Bernal (1978) skete der en vending i løbet af forrige århundrede, som tilsagde, at videnskaben skulle komme først, derefter praksis. Dette skel bliver sjældent problematiseret. Vi tager det nærmest for givet, at videnskabelig viden både skal og kan omsættes til

forskellige former for teknologi, eller at den skal tjene instrumentelle formål. Det filosofierne plejer at kalde *scientisme* – troen på at alle menneskelige problemer i princippet kan løses med videnskabelige metoder, er en del af denne forestilling. De ekstreme varianter af en sådan synsvinkel er, at samfundet i det hele taget skal kunne underlægges videnskabelig kontrol, som i B.F. Skinners positive utopi *Walden Two* og Aldous Huxleys tilsvarende skrækvision om et sådant fremtidssamfund.

I ekstremer som disse ser vi straks, at videnskaben er blevet til ideologi – at den så at sige går udover sit eget grundlag ved ikke bare at sige noget om, hvordan tingene er, men også hvorledes de burde være. Det er netop den side i programmet ”evidensbaseret behandling”, jeg vil undersøge – og jeg vil gøre det ud fra to positioner. Først ved at spørge efter det empiriske grundlag, med andre ord hvad er evidensen for ”evidensbaseret behandling”? Undersøgelser af dette fører mig over i den anden position, som er videnskabsteoretisk. Spørgsmålet jeg vil afprøve er, om vi i programmet ”evidensbaseret behandling” står over for et ”instrumentalistisk fejlgreb” – et begreb, jeg har lånt fra Hans Skjervheim (1972).

EVIDENSBASERET BEHANDLING

Men først har vi brug for at finde ud af, hvad der ligger i begrebet ”evidensbaseret behandling” (herefter EB). Nielsens (1999) oversættelse til ”kundskabsbaseret praksis” er sympatisk nok, men kan samtidig tilsløre, hvad det handler om. For at praksis skal bygge på kundskab, kan der vel næppe herske uenighed om.

Kundskabsbegrebet er i sig selv mangetydigt og dækker ikke udelukkende videnskabelig kundskab – og selv om vi laver en sådan afgrænsning, så vil vi blot stå over for forskellige syn på kundskab også inden for videnskaben. En sådan oversættelse vil derfor tilsløre, at der i bund og grund med udtrykket ”evidensbaseret” ikke bare er tale om helt bestemte kriterier for, hvad der er kundskab men også kriterier for, hvorledes denne kundskab skal praktiseres.

Man kan tit undre sig over, hvor nye

begreber kommer fra, og hvad der gør, at nogle spreder sig med eksplosiv fart.

”Kvalitetssikring” er et af disse begreber, som har bredt sig fra flyindustrien til snart sagt alle arbejdsområder i samfundet. At også dette begreb, og den praksis det medfører, har problematiske sider, skal jeg lade ligge. ”Evidensbaseret” spreder sig for tiden med kvalitetssikrings-vinden til en række områder. Jeg har registreret i al fald ”evidensbaseret socialt arbejde”, ”evidensbaseret sygepleje”, ”evidensbaseret management” og ”evidensbaseret pædagogik”. Evidensbaseret politik har jo også været forsøgt, men uden særligt held.

Frem for alt møder man udtrykket inden for lægevidenskaben, *evidensbaseret lægevidenskab*, og så vidt jeg kan se, er det også her, det er opstået, og det er her, man finder modellen for den tænkning, som nu også gør sig gældende i den kliniske psykologi. Det udgangspunkt, der ofte bliver henvist til, er en leder i *British Medical Journal* i 1991, som påstod at kun omkring 10-20 procent af de lægelige behandlinger bygger på solid videnskabelig evidens (Ellis, Mulligan, Rowe og Sackette, 1995). Underforstået er der altså en fare for, at resten kunne kaldes kvaksalveri. Selv om påstanden blev bestridt, så handlede striden kun om procenter – og ikke om det faktum, at selv om mange af de metoder, man tidligere havde kaldt lægevidenskabelige, senere havnede på lossepladsen, så brugte lægerne dem jo alligevel i årevis (Davies, Crombie og Macrase, 1993).

TO DIMENSIONER

Man kan trække to væsentlige dimensioner ud af denne debat. Den ene handler om metodekravene til videnskabelig kundskab. Den anden handler om forholdet mellem en sådan kundskab og den praktiske anvendelse af den. Den første dimension er isoleret set en helt relevant metodekritisk debat om fejkilder med dertilhørende fejlslutninger i den videnskabelige praksis. Jeg går ikke konkret ind i disse, de er velkendte nok, og de tilsiger, at vi i dag ikke kan spørge, om en videnskabelig undersøgelse har fejkilder, men hvilken slags fejkilder den har. Behovet for større

stringens og metodisk kontrol leder frem til det, som er blevet kaldt "den gyldne standard" – metodiske retningslinjer som først og fremmest fremhæver kontrollerede kliniske forsøg med randomiseret design og/eller meta-analyser over sådanne studier (Davidoff, Haynes, Sackett og Smith, 1995). Det hører også med til denne standard, at behandlinger, der er afledt af pato-fysiologisk teori uden empirisk dokumentation falder udenfor.

Den næste dimension handler om forholdet til praksis – om hvorledes en sådan evidensbaseret lægevidenskab udvikler sig til praktisk lægegerning. I princippet ikke nogen ny problemstilling – det nye er den autoritative status, som EB er i gang med at få, "Den nye evidensbaserede lægevidenskabs evangelium", som Rosenberg og Donale (1995) har kaldt det, og som indebærer, at "bedst mulig behandling" ikke længere er overladt til den professionelle autonomi alene. Lister over behandlingsprocedurer til at regulere praksis med er blevet et vigtigt værktøj for beslutningstagerne inden for sundhedsvæsenet, en udvikling som WHO støtter op om. For konteksten for debatten var ikke bare ønsket om at udvikle lægevidenskab på et mere videnskabeligt grundlag, men også at imødekomme kravet om dokumentation over for magthavere og andre finansieringskilder. Det er derfor både forventeligt og rimeligt, at disse grupper har fattet interesse for modellen. Hvorfor skulle man bruge ressourcer på tiltag uden dokumenteret virkning? Omkostningsstyring kan nu kobles direkte til standardiserede procedurer og behandlingsnormeringer baseret på eksplicitte kriterier. I bl.a. Tyskland er det blevet foreslået, at kun EB i fremtiden skal kunne refunderes fra det offentlige (Dick, 1998). Og i England er flere reformer inden for sundhedssektoren tilrettelagt sådan, at kvalitetssikringsprocedurer skal fremme EB. (Huw, Davies og Nutley, 1999).

KRITIK

De kritiske indvendinger har først og fremmest gjort sig gældende i den internationale lægeverden, og jeg skal kort nævne nogle. For eksempel, at EB nu udvikler en

retorik, som antyder at ikke-EB er dårlig praksis (Smith og Taylor, 1996). EB vil også kunne fremme en pseudoobjektivitet, som undervurderer, at videnskabelig kundskab også er påvirket af sociokulturelle faktorer, og at det ikke er tilfældigt, hvilken slags evidens, der bliver lagt til grund (Berkwits, 1998). Der findes for eksempel evidens for, at poesi er lige så effektiv som medicin ved moderate depressioner (Smith og Taylor, 1996). Den vægt, der bliver lagt på såkaldt objektive fund, vil først og fremmest fremme den teknologiske lægevidenskab og det, der ligger inden for det biomedicinske spektrum, mens vigtige aspekter i lægevidenskaben som kommunikation, empati, etik og omsorg træder i baggrunden (Smith og Taylor, 1996). De langsigtede konsekvenser kan blive en mere konservativ og defensiv lægevidenskab (Haller, Reinold og Hepp, 1998). Meget af kritikken kommer fra almenmedicinen. Udgangspunktet i EB er standardiserede patienter, som man sjældent møder i dette praksisfelt, hvor det væsentlige er at se behandlingen i sammenhæng med både patientens psykologiske og sociale særtræk. Hvis man i almenmedicinen udelukkende skal bygge på EB forsvinder meget af det, man gør i dag (fx. Feinstein og Horwitz, 1997; Jacobson, Edwards, Granier og Butler, 1997). Den autoritative nimbus, EB har fået, kan føre til misbrug, meget uhenigtsmæssige retningslinjer og en doktrinær og dogmatisk praksis. Der er også advarsler fra sundhedsøkonomerne (Birch, 1997). Ved med EB at udvikle forskningsdesigns, der er tømte for kontekstuelle spørgsmål, kan man komme til at udvikle sundhedstjenester, der passer til dem, som har langt de bedste udsigter til et godt helbred, og således medføre en kanalisering af ressourcerne, som er irrelevant og meget lidt hensigtsmæssig samfundsøkonomisk.

EVIDENSBASERET KLINISK PSYKOLOGI

Den kliniske psykologi er en del af sundheds- og omsorgssystemet og må selvsagt forholde sig til systemkrav på linje med andre discipliner. Det er alligevel et interessant spørgsmål, hvad der vil komme til

at styre udviklingen af faget, systemkravene til praksisfeltet eller fagets egne præmisser? Jeg vil lade det stå åbent foreløbig, men jeg er bange for, at Sørgaard (1998) forenkler det hele, når han afviser, at dette ikke også handler om en paradigme-rid – i alt fald hvis den kliniske psykologi har et selvstændigt paradigme eller bliver defineret gennem de systemer, hvori praksis foregår.

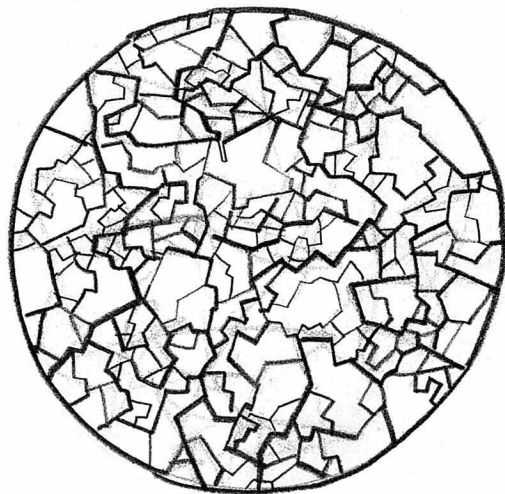
Ambitionen om en videnskabelig fundering af den kliniske psykologi er lige så gammel som faget selv. Det var Freuds projekt, og det var Lightner Witmers projekt, da han forlod Wundt i Leipzig, rejste tilbage til Amerika og i 1896 etablerede den første psykologiske klinik. Men ingen af dem havde en empiri svarende til "den gyldne standard", og det må være rigtigt at hævde, at hovedvægten i den kliniske praksis har været teoristyret, udledt enten af pato-psykologiske teorier eller teorier om den normale psyke. Den evidensbaserede bølge repræsenterer derfor noget nyt, men det nye er ikke den empiriske udforskning af praksis, det har man arbejdet seriøst med i snart halvtreds år. Det nye er den empiriske kontrol med praksis, en intensiveret empiricisme med forudsigelighedsforskning på forsædet. Den teoretiske (og videnskabsteoretiske debat) er havnet i bagagerummet, hvis den i det hele taget er kommet med. Det er dette "evangelium", der nu på linje med lægevidenskaben er slået igennem med fuld kraft, især i det amerikanske miljø. Og vi har efterhånden fået vore evangelister i og med at Rønning, Mørch og Ulvund i et indlæg i "Den gode strid" fremstår som entusiastiske talsmænd for denne udvikling og tolker modstanden i det norske miljø som en modstand mod forskning og en akademisk forankret psykologi (Rønning, Mørch og Ulvund, 1998, s. 1068). Lad mig derfor sige, at mine kritiske indvendinger netop er forankret i en akademisk position. For problemstillingen bør ikke være, om den kliniske psykologi skal holde fast i sin videnskabelige basis eller ej, men hvorledes denne basis ser ud, og hvorledes den kan komme til udtryk i den praktiske udøvelse. Der er en væsentlig forskel på at hævde, at klinisk praksis skal være viden-

skabelig (det er et ideologisk udsagn), og at undersøge, hvad det videnskabelige grundlag for praksis er.

SAMFUNDSMÆSSIG KONTEKST

For det er nødvendigt med en kritisk debat, og i den situation er det vigtigt at forstå den samfundsmæssige kontekst, som udviklingen af EB sker i – nemlig i et samfundsmæssigt behov for kontrol af praksis og et tilsvarende fagpolitisk behov for legitimation af praksis. Alt dette har jeg været inde på, men lad mig tilføje, at når det gælder psykoterapi og den kliniske psykologi, har det internationalt og ikke mindst i USA altid været en kamp om hegemoni i forhold til psykiatrien og den biologiske orientering, der findes der. Denne sidste orientering har alliancer med de industrier, der producerer psykofarmaka, og det er en kapitalstærk industri, som både bruger og misbruger videnskab som varemærke til at legitimere sine metoder. Udfordringen for den kliniske psykologi bliver så at dokumentere en tilsvarende videnskabelig legitimitet. Og terapi er (også) industri og forretning. Spørgsmålet er, om det er videnskaben eller markeds kræfterne, der styrer "vareproduktionen". I USA er antallet af professionelle terapeuter vokset med 275 procent siden midten af 1980'erne, antallet af psykoterapeutiske metoder med cirka 600 procent siden 1960 og væksten i diagnostiske kategorier (DSM) tilsvarende med 300 procent (Hubble, Duncan og Miller, 1999). At etablere sin egen terapiretning, gerne med et kontrolleret forsøg som grundlag, så skrive en bog, efterfølgende workshop-karrusel og Tv-indslag, kurser og certificering – det er som at etablere en middelstor norsk virksomhed – før eventuel eksport. Hvis man ser den evidensbaserede bølge som forsøg på at regulere dette marked, så havde det måske ikke været så tosset. På den anden side drejer det sig lige så meget om en kamp om markedet, og da er etiketten "evidensbaseret" den nye varedeklaration. *Men det er ikke uden videre givet, at en bedre legitimeret praksis også giver en bedre praksis.* Indvendingerne, jeg refererede til på det medicinske fagområde, har næppe mindre relevans for den kliniske

psykologi, og det har vores manglende debat på dette fagområde heller ikke på nogen måde. Jeg skal ikke udbrede mig om dette her, men i fremstillingen først drøfte grundlaget for at generalisere fra "den gyldne standard" til praksis, og derefter drøfte "manualiseret psykoterapi" som et eksempel på en sådan generalisering.



DEN GYLDNE STANDARD

Logikken i EB er i og for sig fin nok. Evidens fra randomiserede, kontrollerede forsøg og meta-analyser viser, at en behandling virker,

derfor implementeres denne behandling i stedet for den eksisterende praksis. Men så enkelt er det ikke.

Dokumenterede virkninger i psykoterapiforskningen er meget metodeafhængige og kan ikke uden videre generaliseres til en praksis. Metoderne i "den gyldne standard", randomiserede kontrollerede forsøg og meta-analyser er hver for sig udmærkede metoder, velegnede til at undgå forhastede generaliseringer og følgeslutninger om årsagssammenhængene. Men ingen metode er ufejlbarlig, og der er ingen logisk sammenhæng mellem at påvise, at en behandling *kan* virke og *at* den virker. En behandling, som ikke fremstod statistisk signifikant i kontrollerede gruppestudier, kan alligevel vise sig at virke under praktiske kliniske forhold – og en behandling, som har vist sig statistisk signifikant i kontrollerede gruppestudier, behøver ikke virke under konkrete praktiske forhold. Der er både logiske og metodologiske grunde til dette. For det første kan vi ikke uden videre sige, at gruppentendenser afspejler individuelle forskelle. For det andet er de forhold, der skal til for denne type forskningsdesign så specielle, at validiteten i de kliniske situationer på ingen måde er uproblematisk. For det tredje er det terapeutiske i det, vi kalder psykoterapi, af en sådan ontologisk status, at sådanne generaliseringer er dybt problematiske.

Disse problemer bliver særligt udfordrende, når man skal konstruere praksis udelukkende med basis i sådanne sammenhænge. For i naturlige sammenhænge og stillet over for den enkelte klient, kan man ikke som i forskningen neutralisere den tilfældige varians. Den tilfældige varians er klientens individualitet, en nødvendig del af den kliniske virkelighed. Dette gælder også for så enkelte metoder som medikamenter. Trods randomiserede udformninger og dobbelt blind placebo-kontrol vil man i den kliniske praksis kunne opleve en vældig stor variation i virkningen på individuelle brugere

(både virkninger og bivirkninger). Selv om der er kontrolleret for placeboeffekten på gruppeniveau, kan den på individniveau alligevel gøre sig gældende i en variationsbredde fra 0 til 80 procent af den samlede virkning. Medikamenteffekten kan også give variation betinget af lægen, som udskriver medikamentet. Det gælder især for psykofarmaka (Ekeland, 1999).

Og nu nogle ord også om meta-analysen. Det statistiske kneb er her, at man bruger enkeltstudier som enhed, og de forskellige resultatmål i enkeltstudierne bliver så omregnet til en fælles størrelse, effektmål ("effect size"). Dette er udtryk for forskellen i det aritmetiske gennemsnit mellem kontrolgruppe og terapigruppe divideret med standardafvigelsen for kontrolgruppen. Effektmål er derfor et mål for varians, sådan at man med grundlag i normalfordelingen kan sammenligne variation i helbredelsesraten for de to grupper. Selv om meta-analyse som metode kan give værdifuld indsigt, må man ikke glemme, at sådanne studier ikke kan blive bedre end de studier, man putter ind i analysen – og man putter meget ulige mål, ulige klienter og ulige problemer ind, og skaber en aggregering til et fælles effektmål, der nemt kan bruges til statistisk illusionsmageri. Og faren for dette vokser især, hvis man kun fokuserer på statistiske sammenhænge mellem uafhængig og afhængig variabel uden at have troværdige teoretiske forklaringer på disse sammenhænge. Lad mig minde om, at der også i PSI-forskningen (parapsykologien) foreligger meta-analyser, som bidrager til at opretholde forestillingen om sådanne fænomener, og troen på at "der er noget", mens der i realiteten er tale om analyser, der gennem aggregering forstærker systematiske fejlkilder (Sohn, 1996). Det er særligt vigtigt at minde om dette, eftersom tilhængerne af EB også ser ud til at gå ind for empirisk pragmatisme, hvor man nedtoner det videnskabelige imperativ om at kunne gøre teoretisk rede for sammenhængene. Lad dette indtil videre være et nødvendigt korrektiv til den forgyldning af disse metoder, man for tiden finder i den mest entusiastiske EB litteratur. Springet fra sådan evidens til praksis er et stort og problematisk spring.

MANUALISERING

Debatten på det kliniske område har især været ophedet, når det handler om manualiseret psykoterapi, en tilsyneladende ny landvinding i den evidensbaserede kliniske psykologi. Manualisering indebærer slet og ret en standardisering af, hvorledes forskellige psykoterapier skal gennemføres med udgangspunkt i specifikke diagnostiske kategorier og/eller symptomer. Manualerne er udviklet gennem empirisk forskning og er detaljerede proceduremodeller efter "trin for trin princippet" i den tekniske gennemførelse af terapien. Dette fandt først sted inden for adfærdsterapien og den kognitive terapi. Efterhånden er der blevet udviklet noget tilsvarende også inden for dynamiske retninger. Der har været stærke fortalere for forskellige tillempede udgaver, som ikke bare ser dette som fremtiden for en videnskabeligt funderet klinisk psykologi, men også som vejen til en bedre og sundere praksis til gode for klienter og samfund. Fremtidsidealet er, at man med udgangspunkt i en specifik diagnose eller et symptom fra fx det neo-kraepelinske system, DSM IV, kan foreskrive en behandling, som er specificeret i sådanne dokumenterede manualer. I den amerikanske psykologforening (APA) har afdeling 12 (klinisk psykologi) fremlagt forslag om, at foreningen skal promovere sådanne terapier (Division 12 Task Force, 1995), og *National Institute of Mental Health* kræver nu, at forskere, som skal forske i virkninger, i deres ansøgninger om forskningsmidler specificerer, hvilke manualer de har tænkt at bruge (Parloff, 1998). I *Tidskriftet* (Nathan, 1999) er der for nylig blevet redegjort for debatten om dette initiativ, og den illustrerer den udfordring og det dilemma, som forskningen bliver udsat for som aktør i fagpolitikken og den dertil hørende konkurrence mellem professionerne om at skaffe sig samfundsmæssig legitimitet.

Når det handler om fremkomsten af manualiseret terapi, er det en vigtig pointe i debatten, at udgangspunktet for udviklingen af disse var forskningens behov for at kontrollere varians. Mange komparative studier fandt lille eller ingen forskel, og en hypotese til forklaring af dette

var, at de forskellige terapier ikke var specifikke og præcise nok – der var for stor tilfældig varians. For at kontrollere for dette udviklede man standardiseringer for gennemførelsen. Og for at gøre springet til praksis mindre blev disse manualer i næste omgang til kliniske manualer for, hvorledes praksis skal være. Lidt polemisk kan man sige, at det drejer sig om, at forskeren finder virkeligheden for rodet og uordentlig at forske i og så løser problemet ved at konstruere en virkelighed, der passer bedre. Når denne version senere bliver gjort til normativ praksis, bør vi være forsigtige med at bruge etiketten videnskab. Det er snarere en form for produktudvikling ved hjælp af forskningens metodeværktøj. Bedre legitimering, javel – men ikke uden videre en bedre praksis! Indtil nu er der heller ingen overbevisende empirisk dokumentation for, at manualiseret terapi giver bedre udbytte end ikke-manualiseret. Wilson (1996, s. 295), som er en højt profileret tilhænger, formulerer sig om dette ved at sige, at manualiseret terapi ikke er *mindre* effektiv end anden terapi. Der findes studier, og der kommer efterhånden flere til, som antyder negative virkninger af manualiseret terapi – at terapeuten bliver rigid i gennemførelsen og dermed mindre effektiv, mindre imødekommende og mere defensiv og autoritær (Høglend, 1993; Strupp, 1997). Alligevel er presset nu stort for, at man skal tage disse standardiserede behandlingsoplæg i brug.

EN SPECIFIK PSYKOTERAPI?

Manualisering bygger på princippet om specifikke teknikker til specifikke problemer. Logikken i dette specificitets teorem er i overensstemmelse med det biomedicinske paradigme: At lidelser, der kan afgrænses gennem specifikke diagnoser, også har specifik ætiologi og i overensstemmelse hermed kan kureres gennem specifikke behandlinger.

Men hvad siger den empiriske forskning selv om grundlaget for at gå denne vej. Smith og Glass' velkendte meta-analyse fra 1977 var et vendepunkt for psykoterapiens empiriske fundament, i og med at man gennem en meta-analyse påviste en generel effektivitet. Siden den gang er

denne konklusion blevet styrket gennem en meget omfattende empiri. Den anden hovedkonklusion i Smith og Glass vakte ikke samme entusiasme, nemlig at de forskellige terapeutiske tilgange var omtrent ligeværdige i forhold til udfaldet (Smith og Glass, 1977). Dette var ingen ny påstand. Den var også blevet hævdet på et teoretisk grundlag allerede i 1936 af Rosenzweig (1936), og Lester Luborsky var nogle år før Smith og Glass kommet til samme konklusion i en gennemgang af komparative studier (Luborsky, Singer og Luborsky, 1975).

Det nye var, at en meta-analyse stadfæstede det samme. Dette har virkelig vist sig at være et af de store og vanskelige spørgsmål i psykoterapiforskningen, og ikke så få data er gennem flere årtier blevet brugt på at tilbagevise påstanden om ækvivalente virkninger. Lester Luborsky, en af veteranerne, vedgår at have brugt 18 millioner dollars på udelukkende at undersøge forskelle i forskellige psykosociale tiltags virkning på kokainafhængige – uden resultat (Nilsen, 1997). Der er ikke plads og tid til her at gå ind i de årtiers omfattende forskning, der ligger bag denne konklusion – heller ikke de mange indvendinger undervejs. Det skal nævnes, at mange enkeltstudier har hævdet den modsatte konklusion, men de har som regel ikke kunnet stå for en efterprøvning med mere strenge metoder. Forskerens egen præference har vist sig at være en fejlkilde i disse studier ("researcher's allegiance"). I en nyere undersøgelse har Luborsky og medarbejdere påvist, at denne fejlkilde har været undervurderet, og i en undersøgelse af 29 komparative studier har de fundet, at forskerpræferencen kan forklare 69 procent af forskellene i udfaldet (Luborsky et al., 1999).

Specifikke terapeutiske landvindinger bliver alligevel hele tiden lanceret, og det sker med henvisning til deres videnskabelige grundlag. Et tilfælde er fx EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing), lanceret som en landvinding i forhold til rigtig mange psykiske lidelser, bl.a. fobier og PTSD, og med påstået dokumenteret virkning. I kontrollerede forsøg har det imidlertid vist sig, at virkningen ikke ser ud til at være relateret til teknik-

ken, men at den er en placeboeffekt (de Ball og Jones, 1997; Dunn, Schwartz, Hatfield og Weigele, 1996). En anden nyskabelse er *Thought Field Therapy*[™], som med påstået videnskabeligt rationale lover hurtige og smertefrie resultater i 80-90 procent af de fleste kliniske problemer (Callahan, 1992). Teknikken har et seriøst lag af fernis med certificering og kursusprogrammer etc., og spreder sig nu i den internationale verden. Holdbar dokumentation for specifik effekt foreligger der imidlertid ikke, og det vil sandsynligvis vise sig med denne som med de fleste teknikker: Teknik i sig selv spiller en underordnet rolle i forhold til effekt og resultat (Miller, Hubble og Duncan, 1997).

De nøgterne og autoritative overvågere af den psykoterapeutiske forskning, Allen Bergin og Sol Garfield, konkluderede i 1994 udgaven af *Handbook of Psychotherapy*, at der nu er massiv evidens for, at psykoterapeutiske teknikker, med nogle vigtige undtagelser, ikke har særlige, specifikke virkninger. Alligevel er der en formidabel modstand mod at acceptere dette, og størstedelen af den kliniske verden fortsætter med at lade, som om denne empiri ikke eksisterer (Bergin og Garfield, 1994, s. 822). Det er slående, at dette også gælder forkæmperne for en evidensbaseret praksis. Når fx Rønning et al. (1998) argumenterer for, at man ikke længere kan basere sig på teoristyrede postulater, som ikke er empirisk underbyggede, og nævner forholdet mellem terapeut og klient som et sådant eksempel, slår de sig selv kraftigt for munden. At *relationen*, især sådan som klienten oplever den, udgør den største varians i forklaringen på udfaldet af en psykoterapi, er noget af det, som er bedst empirisk dokumenteret efter 40 års empirisk psykoterapiforskning. Selv i studier, hvor det er påvist, at specifikke teknikker spiller en vis rolle, fx ved en del kognitive og adfærdsterapeutiske oplæg, er det fremdeles sådan, at relationsforholdet hæfter for en langt større varians end selve teknikken (Miller, Taylor og West, 1980). Det er også kun disse faktorer, der har vist sig at være i stand til at forudsige udbyttet af terapi, og det endda relativt tidligt i terapien (Lambert, 1998). Det er med andre

ord et stærkt "evidensbaseret" udsagn at hævde, at den gode relation og terapeuten evne til at skabe denne er afgørende for udbyttet.

Mange har hævdet, at vi fremdeles ved meget lidt om, hvad det er, der virker, når psykoterapi virker. Men egentlig ved vi ikke helt så lidt, og der ligger vægtig empiri bag opsummeringerne i begrebet "The Big Four" (de fire store) af Mark A. Hubble, Barry L. Duncan og Scott D. Miller i bogen *The Heart & Soul of Change*, der for nylig er udkommet på APAs forlag (Hubble et al., 1999). Disse fire hovedfaktorer er kort sagt: Klienten selv og de udenoms-terapeutiske faktorer, der hæfter for 40 procent af variansen. Relationen hæfter for 30 procent. Håb og forventninger 15. Teknik eller terapeutisk model for 15. Med hensyn til sidstnævnte skal det siges, at forfatterne også inkluderer terapeuten forklaringskema i denne kategori, ikke nødvendigvis udelukkende teknikken som instrumentel praksis. Selv der, hvor specifikke teknikker ser ud til at spille en vis rolle, har det vist sig, at en del af dette i højere grad kan skyldes terapeuten evne til at *håndtere* de tekniske sider af terapien, end at teknikken *i sig selv* er kausalt forbundet med virkningen (bl.a. Strupp, 1995).

EN PSYKOTERAPEUTISK MEDICIN?

Min konklusion så langt er, at der er meget lidt i den empiriske forskning i psykoterapi, som giver grundlag for differentierede standardiseringer af denne behandling. Alligevel er det det, man er mest optaget af. Ud fra målet om den kvalitativt set bedst mulige praksis vil dette fokus flytte opmærksomheden til det *mindst* væsentlige. For den empiri, jeg har henvist til, peger jo netop mod, at der er meget at hente i psykoterapiens selvforståelse og udvikling på andre områder end dem, manualerne fokuserer på. Det betyder selvsagt ikke, at man ikke kan tale om gode og dårlige specifikke interventioner i specifikke situationer. Men hvem ville finde på at manualisere fx en teknik som paradoksmetoden? Det empirien tydeligvis taler om er, at man ikke kan destillere dem ud som almen specifik psykologisk

medicin fremkommet ved standardprocedurer. En erfaren psykoterapiforsker som Parloff (1998, s. 380) har set dette, men indtager en lakonisk holdning, når han siger, "using a manual will at least give therapists something to do while the patient "improves" ("at bruge en manual vil i det mindste give terapeuten noget at lave, mens patienten "kommer sig"). I denne kommentar antyder Parloff, at manualiseringen måske først og fremmest tjener terapeutens behov for *kontrol* over praksis.

Men Parloffs kommentar skjuler, at vi her står over for et videnskabsteoretisk dilemma, der er lige så gammelt som videnskaben selv, og at den nævnte udvikling inden for EB bygger på et paradigmatisk standpunkt i forhold til dette dilemma. Men der er næppe tale om et reflekteret standpunkt. Der er sandsynligvis i lige så høj grad tale om et standpunkt, der følger af en ideologisk funktion snarere end af en fordomsfri videnskabelig erkendelse. Skal man bedømme det paradigmatisk i forhold til psykoterapien, kan det være formålstjenligt at tage udgangspunkt i det Sarbin (1986) kalder kerne-metaforer ("root metaphors"), metaforer der lægger rammer for vore videnskabelige modeller og organiserer vores tænkning. Efterhånden forsvinder vores bevidsthed om det metaforiske, metaforen bliver til virkelighed. I projektet om at gøre psykoterapi til en videnskabelig, operationel virksomhed har en sådan metafor sat sig igennem – den metafor, som Stiles og Shapiro (1994) kalder "the drug metaphor" ("medicin metaforen"), der baserer sig på en underliggende analogi til medicinsk behandling. I udviklingen af effektiv medicin inden for det biomedicinske paradigme er det netop det kontekstuafhængige medikament, som er idealet og *modus operandi*. I moderne vestlige samfund er det dette paradigme, som er hegemonisk og indvævet i politik og økonomi og i det generelt teknologisk-instrumentelle videnskabelige episteme, som har domineret vor industrielle kultur (Wright, 1991). Parallellen er altså jagten på den dekontekstualiserede psykoterapi, en slags psykologisk antibiotika. At psykoterapien bliver fange i denne metafor er en nærliggende følge af psyko-

terapiens institutionelle og samfundsmæssige rammer, kravet om dokumentation og det nævnte "konkurrenceforhold" til den biomedicinske psykiatris hegemoni. I en sådan situation er det "formålstjenligt", som Rønning et al. (1998) råder til, at dæmpe de teoretiske problemstillinger og give sig den pragmatiske empirisme i vold. Men ved at gøre teorien tavs og indgå i et ureflekteret samspil med praksis vil man samtidig på en effektiv måde tilsløre, at dette også er et ideologisk projekt, som vil føre til, at den videnskabelige kontekst trænger sig ind i og bliver normgivende for den kliniske kontekst. Det er dette, der i dag er biomedicinens praksisproblem, et problem, som har gjort lægen til en passiv leverandør af behandling, og som gør, at vi må forstå den velkendte kritik mod lægerne om ikke at tage folk alvorligt *ikke* som et moralsk problem, men som et paradigmatisk problem.

En sådan sammenblanding af kontekst vil ikke bare kunne føre til, at muligheden for helbredelse bliver underudnyttet i de enkelte tilfælde, men også til at omsorg og trøst, som en gang var væsentlige bestanddele i lægeetikken, bliver underforstået – i bedste fald kommer de oveni, men ikke som væsentlige i sig selv. Det essentielle er altså ikke, at der findes en instrumentel medicin, det skal vi alle være glade for, heller ikke at visse sider af det, der indgår i psykologisk behandling, kan have en lignende karakter. Problemet opstår, når behandlingssituationen i sig selv bliver opfattet som et instrumentelt forhold.

DET INSTRUMENTALISTISKE FEJLGREB

Først og fremmest er det filosofen Hans Skjervheim, der mest skarpsindigt har analyseret det dilemma, der ligger til grund for dette forhold. Han har sat sig spor i den internationale filosofi, og bliver blandt andet af Jürgen Habermas omtalt som banebrydende netop ved at have klarlagt et gammelt, videnskabsteoretisk problem – nemlig om hvorvidt videnskaben om naturen og videnskaben om mennesket er af samme slags. Naturgenstande er det, de er, uafhængigt af hvad vi tænker om dem. Vor teori står derfor i et udvendigt forhold til naturen. Teorien om mennesket

begår en kategorial fejl, når den taler om mennesket i samme kategori, eller i kategorier der eliminerer menneskets konstituerende egenskab: Fornuften. Det specifikke ved mennesket er, at det kan forholde sig til sig selv – det kan fortolke sig selv. Mennesket er på sin vis selvfortolkning – det, det tolker sig selv som. Det intentionelle i menneskets væremåde er en ikke-reducerbar kategori, det kan ikke forklares ved noget andet. Af denne skelnen følger, at det principielt er umuligt, at viden-skaben om mennesket kan give os magt over mennesket og samfundet på samme måde, som naturvidenskaben kan give os magt over naturen. At anvende videnskaber om mennesket er derfor noget helt andet end at anvende naturvidenskaben. I denne analyse rehabiliterer Skjervheim den aristoteliske adskillelse mellem *poiesis* og *praxis*. Med *poiesis* mente Aristoteles handlinger, som har et mål uden for sig selv. Det handler om det "at kunne" på en faglig måde. Sådanne handlinger kan vurderes ud fra en formålsvinkel. En række handlinger har imidlertid ikke noget formål uden for sig selv, og i menneskelivet findes der et område, hvor formålsrationaliteten ikke kan være enerådende. Dette er området for praksis, den primære moral.

Ikke helt ulig Max Weber og Jürgen Habermas peger Hans Skjervheim på, at det moderne samfund har en tendens til at afskaffe *praxis* til fordel for *poiesis*. *Poiesis* koloniserer på sin vis praksis. I det moderne program om at skabe et bedre samfund og et bedre menneske er det alt for ofte *poiesis*, der kommer i stedet for *praxis*. Programmet har et instrumentelt syn på det menneskemateriale, der skal omformes. Den manglende forståelse for skellet mellem instrumentel og kommunikativ rationalitet er et samtidsproblem, mener Skjervheim, og efterhånden mange filosoffer med ham. Det fører blandt andet til en form for manipulation ved at kamouflere normative handlinger som faglige eller videnskabelige handlinger. Dermed skjuler man også den ideologiske dimension.

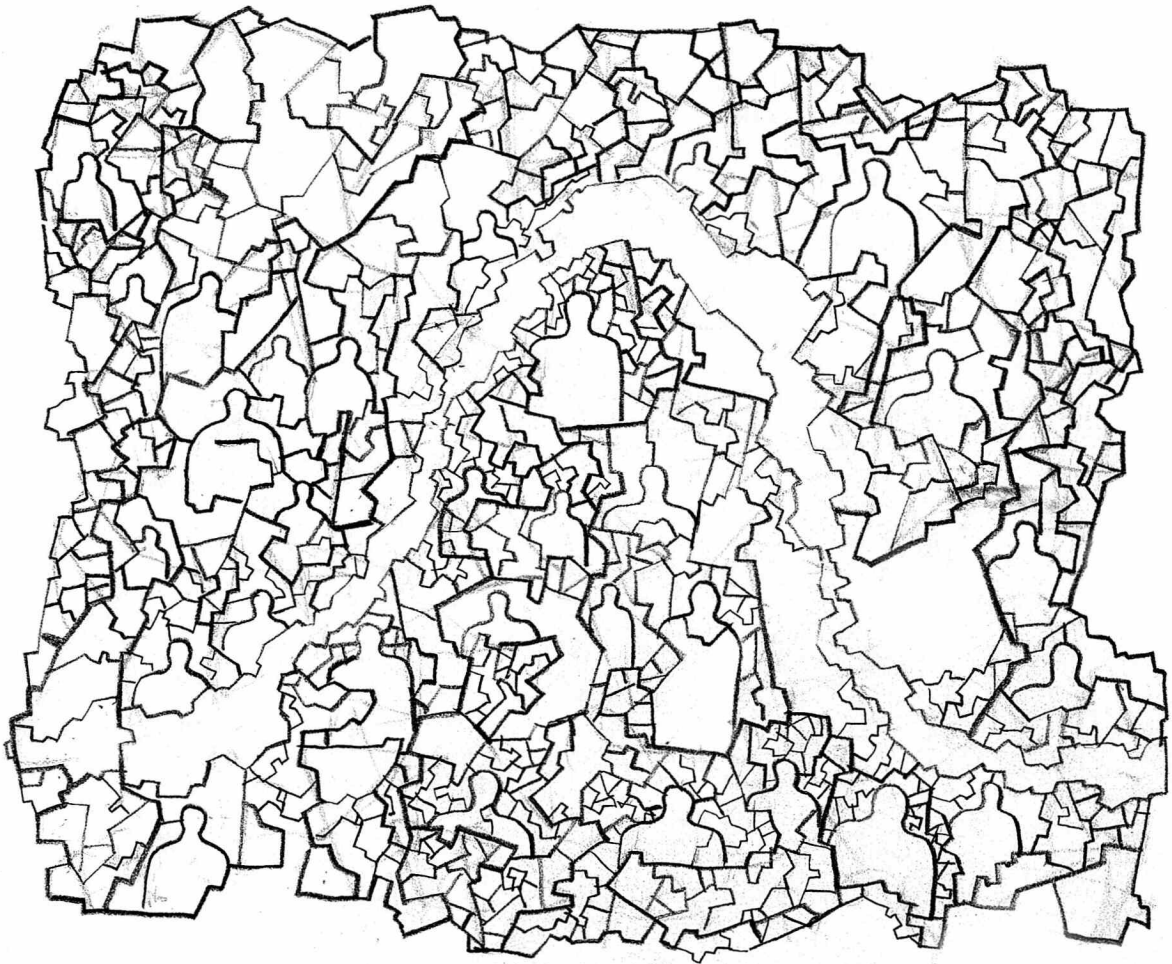
Udtrykket "*det instrumentalistiske mistaket*" var titlen på en artikel, Skjervheim skrev om pædagogik (Skjervheim, 1972). Heri kritiserede han en pædagogisk tradi-

tion, som netop gjorde sit bedste for at tolke pædagogiske handlinger efter modellen for tekniske handlinger. Den instrumentelle kundskab bliver i sin konsekvens kontrollerende og manipulerende, og det potentielt myndige subjekt forbliver umyndigt. Når et menneske bliver gjort til objekt på denne måde, er det samtidig et angreb på dette menneskes frihed. Man kan sige, at denne problematik er irrelevant for empiriske gruppestudier, men helt afgørende i en konkret psykoterapeutisk situation, som forudsætter elementære former som respekt og tillid. Det er normativt konstituerede former, som ikke kan skabes som instrumentelle handlinger (Skjervheim, 1971). Den psykoterapeutiske problematik kan vi derfor kun eksplicitere inden for en dialektisk teori, hvor man tager hensyn til den dobbelte hermeneutik – spillet mellem subjekterne og den kontekst, som spillet foregår i. Derfor må teorien, hvis den skal være adækvat, reflektere totaliteten, og til denne totalitet hører psykoterapeuten selv. En sådan kontekstuel teori har jeg drøftet i en anden sammenhæng (Ekeland, 1999).

AFSLUTNING

Jeg skal ikke misbruge Skjervheim. Det er ikke sådan, at han afviser instrumentalisme eller teknisk-pragmatiske handlinger. De er legitime nok i forhold til den tingslige verden. De vil også kunne have en rimelig plads i praktiske videnskaber om mennesket, men har her visse grænser. Det instrumentalistiske fejlgreb er netop en overskridelse af disse grænser, i og med at den gør den instrumentelle rationalitet til grundmodel. Dermed bliver psykotera-pi udelukkende til *poiesis* i stedet for *praxis* med plads til *poiesis*. Manualer kan selvsagt bruges med omtanke, og have deres legitime plads i visse sammenhænge, som for eksempel i oplæring og forskning. De principielle indvendinger er alligevel vigtige som korrektiv til det syn på psykotera-pi, som denne tilgang og en god del af retorikken omkring EB indeholder, nemlig at det først og fremmest drejer sig om teknik som en selvstændiggjort faktor ribbet for mening og kontekstuel sammenhæng.

Den ensidige empirisme i EB er para-



digmatisk ureflekteret og tjener ideologiske formål, som blandt andet kamouflerer, at al forandring, alle valg og alle spørgsmål, der handler om måder at leve på, befinder sig i et normativt felt, som psykoterapien, hvis den er hæderlig, ikke kan sætte sig ud over. I givet fald står vi over for et eksempel på en sådan grænseoverskridelse – et instrumentalistisk fejlgreb med ideologiske implikationer.

Videnskaben bør ikke bare værne om sine egne kundskabskriterier, men også være ydmyg og ikke give sig selv en større rolle, end der er grundlag for. Det er netop vigtigt i en tid, hvor stærke interesser af forskellig slags har brug for den til forskel-

lige formål. Når videnskaben forfalder til pragmatisme, er der altid fare for, at den bliver blind for sine egne grænser og sine ideologiske funktioner. Jeg har ønsket at pege på, at der er flere sider ved den evidensbaserede bølge, som gør en sådan advarsel legitim. Vi trænger selvsagt fortsat til empiriske vurderinger af forskellige former for klinisk praksis. Men tager man den empiriske forskning alvorligt, der ligger til grund for psykoterapien indtil nu, og det er ikke så lidt, er den netop en invitation til at genvurdere "kortet" over psykoterapien som specifikke behandlinger. Videnskaben er på sit højeste, når den understøtter ny erkendelse og nye "kort".

For psykoterapiens vedkommende burde en sådan erkendelse starte med at tage Skjervheims advarsler alvorligt – advarsler mod at underlægge praksis videnskabelig kontrol. Det er hverken god videnskab eller god praksis. Det er frem for alt et fejlgreb, et intellektuelt fejlgreb. Dette er ikke at give slip på ambitionen om en videnskabeligt funderet psykoterapi, men at erkende grænserne for videnskabens instrumentelle rolle. At videnskaben og forskningen i psykoterapi kan give os kort og modeller til at finde ud af, hvorfor det netop må være sådan i den særegne form

for praksis, som psykoterapi er, må selv sagt fortsat være en videnskabelig ambition. Og i det lange løb vil legitimiteten i denne bestræbelse tjene mere på, at man bruger videnskab til at afmystificere det, man laver, end til at konstruere et grundlag, der ikke holder.

Tor-Johan Ekeland er professor, dr.philos., ved Institutt for Samfunnsfag, Høgskolen i Volda.

Artiklen har oprindeligt været publiceret i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (1999).

LITTERATUR

- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends, and future issues. I S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (ss. 821- 830). New York: John Wiley.
- Berkwits, M. (1998). From practice to research: The case for criticism in an age of evidence. Social Science & Medicine, 47, 1539-1545.
- Bernal, J. D. (1978). Vitenskapens historie. Bind 2. Oslo: Pax Forlag.
- Birch, S. (1997). As a matter of fact: Evidence-based decision-making unplugged. Health Economics, 6, 547-559.
- Callahan, R. J. (1992). Thought field therapy. LaQuinta, CA: Kogan Page.
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D. & Smith, R. (1995). Evidence based medicine. British Medical Journal, 310, 1085-1086.
- Davies, H. T. O., Crombie, I. K. & Macrae, W. A. (1993). Polarized views on treating neurogenic pain. Pain, 54, 341-346.
- deBell, C. & Jones, R. D. (1997). As good as it seems? A review of EMDR experimental research. Professional Psychology, 28, 153-163.
- Dick, W. F. (1998). Evidence-based medicine at any cost? Anesthesiologie und intensiv medizine, 39, 133-136.
- Division 12 Task Force.(1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. The Clinical Psychologist, 48, 3-23.
- Dunn, T., Schwartz, M., Hatfield, R. & Weigele, M. (1996). Measuring the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in non-clinical anxiety: A multi-subject, yoked control design. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3, 231-239.
- Ekeland, T-J. (1999). Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar. Doktoravhandling. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- Ellis, J., Mulligan, I., Rowe, J. & Sackett, D. L. (1995). Inpatient general medicine is evidence based. Lancet, 346, 407-410.
- Feinstein, A. R. & Horwitz, R. I. (1997). Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". The American Journal of Medicine, 103, 529-535.
- Haller, U., Reinold, E. & Hepp, H. (1998). "Evidence-based medicine"- Guidelines as threat or necessity for physician and patient? Gynakologisch-Geburtshilfliche Rundschau, 38,1-2.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). The Heart & Soul of Change. Washington, DC: American Psychological Association.
- Huw, T., Davies, O., Nutley, S. M. (1999, Jan-Mars). The rise and rise of evidence in health care. Public Money & Management, 9-16.
- Høglend, P. (1993). Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. American Journal of Psychotherapy, 47, 494-507.

- Jacobson, L. D., Edwards, A. G. K., Granier, S. K. & Butler, C. C. (1997). Evidence-based medicine and general practice. British Journal of General Practice, *47*, 449-452.
- Lambert, M. J. (1998). What are the implications of psychotherapy research for clinical practice and training. Nordic Journal of Psychiatry, *52*, 38-49
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. Clinical Psychology-Science and Practice, *6*, 95-106.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Archives of General Psychiatry, *32*, 995-1008.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. & Duncan, B. L. (1997). Letter to the editor. Family Therapy Networker, *21*, 4.
- Miller, W. R., Taylor, C. A. & West, J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *48*, 590-60.
- Nathan, P. (1999). Practice guidelines. Not yet ideal. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, *36*, 620-635.
- Nielsen, G.H. (1999). Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. Utfordringer og dilemmaer ved årtusenskiftet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, *36*, 436-446.
- Nilsen, D. Ø. (1997). Teori hjelper ingen pasienter. (Intervju med Lester Luborsky). Impuls, *52*, 91-93.
- Parloff, M.B. (1998). Is psychotherapy more than manual labor? Clinical Psychology: Science and Practice, *5*, 376-381.
- Rosenberg, W. & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. British Medical Journal, *310*, 1122-1126.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, *6*, 412-415.
- Rønning, J. A., Mørch, W-T. & Ulvund, S. E. (1998). Utfordringer i utvikling av evidensbasert klinisk praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, *35*, 1068-1074.
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative as the root metaphor for psychology. I T. R. Sarbin (Ed.), Narrative psychology: The storied nature of human conduct. New York: Praeger Publishers.
- Skjervheim, H. (1971). Det filosofiske grunnlaget for psykoterapien. I G. Johnsen & R. Alnæs (Red.), Psykoterapi. Bind III: Metoder ved forskjellige psykiske lidelser. Oslo: Fabritius.
- Skjervheim, H. (1974). Objektivismen og studiet av mennesket. Oslo: Gyldendal.
- Skjervheim, Hans (1972). Det instrumentalistiske mistaket. I N. Mediaas, J. Houge-Thiis, S. Haga, J. Ellingjord & B. Bjørklid (Red.), Etablert pedagogikk - makt eller avmakt? Oslo: Gyldendal.
- Smith, B. & Taylor, R. J. (1996). Medicine - a healing or a dying art? British Journal of General Practice, *46*, 249-251.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, *32*, 752-760.
- Sohn, D. (1996). Meta-analysis and science. Theory and Psychology, *6*, 229-246.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *62*, 942-948.
- Strupp, H. H. (1995). The psychotherapists skills revisited. Clinical Psychology-Science and Practice, *1*, 70-74.
- Strupp, H. H. (1997). Research, practice, and managed care. Psychotherapy, *34*, 91-94.
- Sørgaard, K. (1998). Forskning, kvalitetssikring og klinisk psykologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, *11*, 1054-1058.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. Behaviour Research and Therapy, *34*, 295-314.
- Wright, G. H. von (1991). Vitenskapen og fornuften. Oslo: J. W. Cappelén.