

Når den empiriske PSYKOTERAPIFORSKNING flirter med den tekniske rationalitet¹⁾



Af Carsten René Jørgensen

Fotos Christoffer Regild

Faktorer knyttet til terapeuten og
behandlingsrelationen har større
betydning end den specifikke
behandlingsmetode.

I de senere år er den kliniske psykologi i stadig højere grad blevet påvirket af den såkaldte evidensbaserede bevægelse indenfor den empiriske psykoterapiforskning. Den evidensbaserede bevægelses formulerede intention er groft sagt at forbedre og kontrollere klinisk praksis ved hjælp af videnskabelige metoder og undersøgelser. Via stort anlagte undersøgelser af effekten af forskellige metoder til psykoterapeutisk behandling af velafgrænsede psykiske forstyrrelser (diagnosekategorier) ønsker man at sikre kvaliteten af især den psykoterapi som tilbydes og/eller understøttes af offentlige myndigheder.

Den evidensbaserede bevægelse udspringer af bl.a. den evidensbaserede medicin, ligesom den i betydelig grad er blevet understøttet af amerikanske forsikringsselskaber, der kun dækker udgifter til behandlingsformer som er empirisk understøttede og således kan trække på en vis legitimitet fra toneangivende videnskabelige kredse. Konkret har de udfoldede bestræbelser på empirisk at dokumentere effekten af forskellige psykoterapeutiske metoder med-

ført, at der er fremlagt lister over, hvilke behandlingsformer der er dokumenteret virksomme til behandling af hvilke psykiske forstyrrelser ("What Works for Whom?", Roth & Fonagy 1996). Efterfølgende har den empiriske understøttelse af udvalgte behandlingsformer været grundlag for statslige, faglige og andre magtfulde organisationers blåstempling af disse – og den evidensbaserede bevægelse har således haft væsentlig indflydelse på, hvilke terapiformer der har realistisk mulighed for at vinde udbredelse.

Samtidig med, at de opstillede lister over evidensbaserede eller empirisk understøttede psykoterapeutiske metoder til behandling af afgrænsede psykiske forstyrrelser har fået en dominerende indflydelse på udviklingen af den klinisk psykologiske praksis, så er den iboende logik i sådanne lister og tendensen til nærmest bevidstløs implementering af tilsyneladende videnskabelige anbefalinger blevet udsat for stadig stærkere kritik fra det videnskabelige samfund. Især problematiseres (1) de anvendte forskningsmetoder og (2) de politiske be-



væggrunde for opstillingen af sådanne lister. Groft sagt så er udpegningen af empirisk understøttede behandlingsformer i første række drevet af økonomiske og politiske interesser snarere end af videnskabelig erkendelsesinteresse – og man må spørge, hvorledes dette influerer på de opnåede resultaters videnskabelige status og praktiske anvendelighed.

Behandlingsteknikkens begrænsede betydning for udbytte

Hvis man ser på, hvilke elementer i psykoterapien der har betydning for behandlingsudbytte, så er der efterhånden bred enighed om, at faktorer hos den enkelte klient bidrager med ca. 50-55% til variationen i udbytte af psykoterapi, imens faktorer knyttet til terapeutens person og til behandlingsrelationen bidrager med ca. 40%. Det er således kun 10-15% af variationen i behandlingsudbytte der kan henføres til den særlige terapeutiske teknik som anvendes i behandlingsarbejdet (Assay & Lambert 1999).

Hertil kommer, at mere end fire årtiers stadig mere raffinerede effektundersøgelser – med ganske få undtagelser – ikke har været istand til at udpege behandlingsmodeller som er systematisk endsige markant bedre end de øvrige. Groft sagt så kan alle seriøse behandlingsmodeller fremvise nogenlunde lige gode behandlingsresultater. Endelig er variationen i behandlingseffekt typisk større imellem terapeuter som anvender den samme behandlingsmodel end forskellene i effekten af de enkelte behandlingsmetoder, hvilket også peger på, at faktorer knyttet til terapeuten og behandlingsrelationen har større betydning end den specifikke behandlingsteknik.

Dette betyder naturligvis ikke, at den terapeutiske teknik er uden indflydelse på behandlingsresultatet eller at "anything goes". Men en del peger på, at så længe vi taler om de seriøse og almindeligt anerkendte behandlingsmetoder, så har det kun yderst begrænset betydning for patientens udbytte af behandlingen, om vi vælger den ene eller den anden terapeutiske metode. Man må derfor spørge sig selv, hvorfor der stadig an-

vendes så mange forskningsressourcer på at opstille lister over empirisk understøttede eller evidensbaserede behandlingsmetoder – lister der notorisk fokuserer på netop de specifikke interventionsmetoders (efter alt at dømme forsvindende) betydning for behandlingsudbytte.

Effektforskningens forståelse af psykoterapi

Indenfor den medicinske forskning har det randomiserede kontrollerede eksperiment efterhånden opnået status som den gyldne standard for effektundersøgelser. Grundrationalet for denne forskningslogik, som idag dominerer væsentlige dele af den psykoterapeutiske effektforskning, er, at man via en præcis beskrivelse af en uafhængig variabel (behandlingsteknik) og kontrol over alle andre variable (patientfaktorer mv.) søger at belyse de kausale sammenhænge imellem den afhængige variabel (behandlingseffekt) og den uafhængige variabel (behandlingsteknik). Overført på psykoterapeutisk forskning betyder dette, at man ved hjælp af stort anlagte undersøgelser – som giver muligheder for avancerede statistiske analyser – søger at udpege specifikke standardiserede terapeutiske modeller til behandlinger af specifikke og velafgrænsede forstyrrelser.

For at kunne tale om en specifik behandling må man standardisere den psykoterapeutiske metode. Dette sker ved, at man manualiserer behandlingsmetoden, ligesom man løbende kontrollerer, at de i undersøgelsen medvirkende terapeuter faktisk udfører den undersøgte behandling loyalt og ensartet. Endvidere kræves det, at effekten af de udpegede terapeutiske metoder undersøges ved behandling af afgrænsede – ”rene” – forstyrrelser. Endelig implicerer kravet om randomisering, at den enkelte klient henvises tilfældigt til en af flere behandlingsformer uden hensyntagen til dennes eventuelle særlige ønsker og behov – og de visitationsprocesser, og forsøg på at matche klienten med både terapeuten og den terapeutiske metode, som er normale i klinikken, sættes ud af kraft.

Som det er blevet fremført af bl.a. Arthur Bohart (2000) så medfører den – for det

valgte forskningsparadigme nødvendige – manualisering og kontrol af de undersøgte behandleres arbejde en både uønsket og dybest set uigennemførlig teknologisering af det psykoterapeutiske arbejde. Implicit betragtes psykoterapi som en mekanistisk håndtering af et objekt (klienten) – og psykoterapiens grundlæggende dialogiske natur ignoreres (jf. Jørgensen 2000b). Det antages, at psykoterapiens centrale elementer (der altså fejlagtigt søges i specifikke behandlingsteknikker) kan standardiseres og meningsfuldt lader sig differentiere for hver diagnostisk kategori.

Manualisering og kontrol af terapeutens arbejde vil have en tendens til at nedsætte fleksibiliteten og responsiviteten i terapeutens arbejde, som efter alt at dømme er afgørende for behandlingsudbytte; for at holde sig indenfor rammerne af en bestemt behandlingsmetode skal terapeuten arbejde målrettet med bestemte teknikker og fokusere på patientens symptomer. Med Donald Schön (1983) kan man sige, at positivistens tekniske rationalitet er kommet til at dominere effektforskningens forståelse af psykoterapi – det psykoterapeutiske arbejde betragtes primært som en instrumentel problemløsning understøttet af videnskabelig teori og teknik.

Hertil kommer, at forestillingen om skarpt afgrænsede diagnostiske kategorier bygger på en illusorisk forestilling om, at klienter i en given diagnostisk kategori er mere eller mindre ens, hvad angår alle faktorer af betydning for psykoterapeutisk behandling – og de således dybest set har brug for den samme behandling. Man taler også om uniformitetsmyten i psykoterapeutisk forskning. Sat på spidsen kan man sige, at klienten hermed reduceres til sine symptomer og bliver betragtet som et fejlbehæftet objekt. Ligesom de tekniske interventioner/teknikker isoleres fra terapeutens person, behandlingskonteksten osv, så isoleres patientens symptomer tendentielt fra patientens øvrige liv og person. I forlængelse af dette må man også sige, at en betydelig del af de diagnostiske kategorier langt fra er så velafgrænsede og reliable som det må kræves, hvis man skulle kunne retfærdiggøre et afgørende fokus på specifikke behandlingsmetoder til specifikke forstyrrelser.



Det er endvidere en kendsgerning, at selv om man havde adgang til eksklusive velafgrænsede og reliable diagnostiske kategorier, så vil den typiske klient i klinisk praksis langt fra fremvise så "rene" forstyrrelser, som det er tilfældet for de klienter der medvirker i især de store amerikanske effektundersøgelser (som er udvalgt på basis af snævre diagnostiske kriterier i meget store patientpopulationer) – angstpatienter har også personlighedsforstyrrelser, personlighedsforstyrrede patienter har også misbrugsproblemer osv.

Mere generelt må man derfor spørge, i hvilket omfang de behandlingsmetoder der kan fremvise de bedste resultater i det kontrollerede eksperiment også er de bedst egnede i klinisk praksis. Kan man generalisere fra det kontrollerede eksperiment – hvor den enkelte terapeut er underlagt forskningsmæssige krav om bestemte interventionsmetoder, en på forhånd fastlagt behandlingsslængde, vilkårlig patient-terapeut-matching osv. – til dagligdagen i klinikken? Eller ændrer psykoterapien karakter, når den underlægges det kontrollerede experi-

ments metodiske regime? I forskningslitteraturen diskuteres denne problemstilling som den mulige kløft imellem behandlingens "efficacy" og "effectiveness", hvor der ofte argumenteres for, at det kontrollerede eksperiment undersøger en anden virkelighed end den kliniske dagligdag, hvor resultaterne ønskes anvendt. Selvom man kan påvise, at en behandling kan have effekt i et klinisk eksperiment, så er det ikke nødvendigvis givet, at den også "virker" i klinisk praksis.

Den tekniske rationalitet som aktuelt dominerer store dele af den toneangivende psykoterapiforskning truer med at forandre eller ligefrem ødelægge sit forskningsobjekt: psykoterapien. Både fordi den formidler og understøtter et ganske bestemt billede af det psykoterapeutiske håndværk, som på visse punkter minder om adfærdingeniøren eller psykoteknikkeren, og fordi de konkret anvendte forskningsmetoder kan stå i vejen for – måske essentielle – dele af de undersøgte terapeuters arbejde.

Den økonomiske og politiske dagsorden

USA er hjemsted for hovedparten af de effektundersøgelser der danner grundlag for udpegningen af empirisk understøttede eller evidensbaserede behandlingsformer, ligesom selve ideen om, at man skal lave sådanne lister har sine oprindelige rødder i USA. De amerikanske forsikringsselskabers stadigt mere eksplicitte krav om påvisning af specifikke virkningsfaktorer og håndfast dokumentation for behandlingseffekt har formentlig haft afgørende indflydelse på, at forskningen i effekten af afgrænsede behandlingsmetoder (teknik) har fået en så dominerende placering i psykoterapiforskningen. Når psykoterapiforskere og psykoterapeuter i stort tal har accepteret, at der bruges store ressourcer på, at klinisk problematiske forskningsmetoder anvendes til at undersøge terapeutiske faktorer, som efter alt at dømme kun har mindre betydning for behandlingseffekten, så er dette altså primært dikteret af økonomiske og politiske interesser – imens egentlig erkendelsesinteresse i bedste fald kun spiller en sekundær rolle. Forskningen tjener ikke kun til at udforske praksis men i mindst lige så høj grad til at kontrollere og styre praksis – og dette sker ud fra en række i høj grad angribelige kriterier.

I et pluralistisk konkurrencesamfund afgør markeds kræfter, hvilke varer der er efterspurgt og vinder i kampen om markedsandele. Det er nødvendigt at skille sig ud og skabe en forestilling om, at man kan tilbyde noget særligt. På markedet for psykoterapi er det afgørende kriterie, hvis man ønsker at skille sig ud fra den uoverskuelige masse af behandlingsmodeller og blive accepteret af magtfulde økonomiske interesser, at man kan henvise til randomiserede kontrollerede eksperimenter, hvor der "påvises" en effekt af ens behandlingsmetode overfor afgrænsede forstyrrelser. Når man tilpasser sig den iboende logik, hvor specifikke individuelle problemer behandles med specifikke individualiserede metoder/teknikker, ligger man sig samtidig i perfekt forlængelse af den senmoderne vestlige kulturs hyperindividualiserede og resultatsøgende diskurs, hvor psykoterapi

er blevet et ekspertsystem til hurtig og målrettet løsning af individuelle psykiske vanskeligheder – og mindre effektive behandlingsformer, der også ser andet end patientens præsenterede symptomer (behandler mennesker fremfor symptomer), og er vanskeligere at forene med den fremherskende forskningslogik (og dominerende kulturelle logik), får svært ved at opnå den eftertragtede videnskabelige legitimitet og komme ind i varmen hos bevilligende myndigheder.

Hertil kommer, at kampen om at dokumentere overlegne effekter af afgrænsede behandlingsformer leder opmærksomheden bort fra det faktum, at de mange – tilsyneladende forskellige – behandlingsmetoder har langt mere til fælles end, hvad der adskiller dem, ligesom de fleste erfarne og kompetente terapeuter er eklektikere og betjener sig af flere forskellige interventionsmetoder og teorier. Små og dybest set mindre betydningsfulde forskelle i tekniske interventioner kommer til at dominere psykoterapiforskningen.

Et muligt alternativ: Fokus på de fælles terapeutiske faktorer

Når den primære dagsorden er, at man skal skille sig ud fra terapimarkedets grå masse, så må man naturligt rette sin opmærksomhed imod forskelligheder – imod det som adskiller de mange eksisterende behandlingsmodeller. Allerede i 1936 påpegede Rosenzweig imidlertid, at effekten af forskellige behandlingsmodeller snarere hænger sammen med deres fælles elementer end med deres divergerende teoretiske forestillinger. Senere har den berømte dodokendelse i psykoterapiforskningen – at alle behandlingsmetoder har vundet og skal have præmier – ledt frem til den beslægtede konklusion: at non-specifikke faktorer i psykoterapien har afgørende betydning for udfaldet af behandlingen. Endelig kan man idag se tegn på, at tidligere tiders skarpe grænser imellem behandlingsmodeller er under opløsning.

I de sidste par år har man kunnet iagttage et nyt empirisk understøttet fremstød for de fælles terapeutiske faktorer (Miller et



al.1997, Hubble et al.1999, Duncan & Miller 2000). Udgangspunktet er her, at de forskellige behandlingsmetoder har langt mere tilfælles end, hvad der adskiller dem – og at det er disse fælles terapeutiske faktorer som er afgørende for patientens udbytte af behandlingen. Når der ikke kan påvises nogen betydende forskel i effekten af forskellige behandlingsmetoder, så skyldes det groft sagt, at det er de fælles terapeutiske faktorer – de faktorer som går på tværs af de forskellige behandlingsmodeller – som har langt størst betydning for behandlingsudbytte. Bl.a. Scott Miller har været fortalende for, at man må søge efter et fælles, samlende sprog for psykoterapeutisk praksis, hvor opmærksomheden primært rettes imod, hvordan man bedst aktiverer og drager nytte af virkningsfaktorer i den terapeutiske relation og af patientens iboende selvhelbredende potentialer, der ifølge alle fremlagte effektopgørelser – som allerede nævnt – kan redegøre for hhv. 30-35% og 50% af forskellen i behandlingseffekt.

Et sådant fælles sprog til eksplicitering af de fælles terapeutiske faktorer peger

bl.a. på, at terapeuten løbende må være opmærksom på klientens oplevelse af behandlingsrelationen og på klientens egen teori om sine vanskeligheds opståen og mulige behandling. Endvidere skal terapeuten løbende sikre, at klienten accepterer de anvendte behandlingsritualer, ligesom hun/han må forvisse sig om, at der arbejdes med det, som klienten synes er vigtigt og centralt. For at undgå, hvad Miller kalder teori-modoverføring – at terapeuten trods overfor en teoretisk behandlingsmodel hæmmer hendes/hans evne til at se og lytte til sin klient – må fokus for behandlingsarbejdet – og for klinisk træning – rettes imod, hvordan man leverer/bidraget til en effektiv behandlingsproces og undgår en skadelig proces. De fælles terapeutiske faktorer – faktorer som er fælles på tværs af teoretiske skoledannelser – skal i centrum.

Mere konkret anbefaler Duncan & Miller, at man praktiserer, hvad de kalder "client-directed, outcome informed therapy", som udover at valg af interventionsmetode og terapeutisk holdning afpasses til den konkrete klients aktuelle tilstand og behov, indbe-

fatter en løbende systematisk vurdering af klientens behandlingsudbytte. Denne stadige indsamling af informationer om klientens oplevede behandlingsudbytte er så udgangspunkt for løbende evaluering og revision af den valgte behandlingsstrategi. De anbefaler således en vedvarende åben dialog om behandlingsprocessen. Klient, terapeut og interventionsmetode indgår i en stadig dialog eller interaktion som synes vanskeligt forenelig med dele af det videnskabelige samfunds bestræbelser på at udpege manualiserede evidensbaserede behandlingsmetoder. Forskningsmæssigt er intensive enkeltcasestudier af den terapeutiske proces da at foretrække fremfor effektivitetsforskningens typiske gruppestudier – herunder er det bl.a. relevant at kortlægge, hvad der kendetegner den gode terapeutiske proces, og hvordan terapeuter helt konkret er i stand til at tilpasse behandlingen til den enkelte klient og dennes unikke problemstilling, ligesom man kan søge at eksplícitere dele af mesterterapeuters tavse viden. Dette betyder samtidig, at vi bevæger os bort fra effektivitetsforskningens fokus på teoretisk udviklede behandlingsmodeller og diagnosekategorier – i retning af, hvad der udspiller sig i samspillet imellem klient og terapeut.

Varsomhed i anvendelsen af effektundersøgelser

Når effektivitetsforskningen og de udfoldede bestræbelser på at opstille lister over empirisk understøttede behandlingsformer i betydelig grad er styret af politisk-økonomiske interesser fremfor af egentlig videnskabelig erkendelsesinteresse – og man ud fra en klinisk betragtning må stille spørgsmålstegn ved både det valgte fokus (tekniske faktorer) og de valgte metoder (det randomiserede kontrollerede eksperiment) – så må man naturligvis være yderst varsom med at drage praktiske konsekvenser af de fremlagte lister over evidensbaserede metoder til behandling af afgrænsede forstyrrelser. Det er således primært ud fra en ganske bestemt optik – det kontrollerede eksperiment og psykoterapi som en teknisk-rationel aktivitet – at de såkaldt empirisk

risk understøttede behandlingsformer kan gøre krav på at skille sig positivt ud fra mængden af behandlingsmetoder. Hertil kommer, at denne optik tendentielt favoriserer behandlingsformer som er beslægtet med forestillingen om psykoterapi som en teknisk-rationel aktivitet – imens andre behandlingsformer er langt vanskeligere at forene med en sådan forskningslogik. Eksempelvis de psykodynamiske og oplevelsesorienterede behandlingsformer deler ikke i samme grad som eksempelvis de kognitive terapier den evidensbaserede bevægelses grundantagelser omkring menneskets psykologi, psykoterapiens væsen og manualiserbarhed og videnskabsfilosofi.

Endelig kan man retorisk spørge, om ikke vi – fremfor at blive ved med at arbejde på at opstille lister over validerede behandlingsformer – hellere skulle begynde at tale om validerede terapeuter og validerede behandlingsrelationer. Der bør ikke længere anvendes så store forskningsressourcer på effektundersøgelser som mest af alt blot medvirker til at aflede opmærksomheden fra langt vigtigere forskningsområder, så som klient- og terapeutfaktorer og de fælles terapeutiske faktorer. Vi må ophøre med at gentage, hvad Habermas har kaldt psykoanalysens scientistiske selvmisforståelse; psykoterapi er en aktivitet som i første række har sit fundament i humanvidenskaberne – og når vi henter forskningsmetoder fra andre videnskabelige traditioner, må dette ske med en følsomhed for, hvordan dette påvirker vore muligheder for at drage konklusioner og generalisere til dagligdagen i klinikken.

Som Jerome Frank siger i den sidste udgave af sit klassiske værk om psykoterapiens virkningsfaktorer "Persuasion and Healing: "... ideally therapists should select for each patient the therapy that accords, or can be brought to accord, with the patient's personal characteristics and view of the problem. [...] Therapists should try to learn as many approaches as they find congenial and convincing. Creating a good therapeutic match may involve both educating the patient about the therapist's conceptual scheme and, if necessary, modifying the scheme to take into account the concepts the patient brings to therapy" (Frank & Frank

1991:xv). Effektforskningens iboende forestilling om, at man kan udpege behandlingsmodeller som er overlegne i håndteringen af diagnostiske kategorier undervurderer psykoterapiens grundlæggende dynamiske og dialogiske karakter. Betydningen af at tilpasse behandlingen til den konkrete patient og dennes oplevelse af verden ignoreres – og også derfor må man være kritisk overfor anvendeligheden af de opstillede lister over evidensbaserede behandlingsmetoder.

Så længe vi taler om almindeligt anerkendte behandlingsmetoder og rimeligt vel fungerende og velfunderede terapeuter, så er det vigtigste næppe om den anvendte behandlingsteknik er valideret og empirisk understøttet – men om den giver mening for patient og terapeut – og om den anvendes med tilstrækkelig fornemmelse for, hvad den enkelte patient har behov for i den konkrete situation. Terapeutens dømmekraft; terapeutens evne til at omsætte psykologisk teori og tekniske forskrifter til konkrete interventioner som er frugtbare for den enkelte patient her-og-nu, har afgørende betydning for behandlingsudbytte. Dette er imidlertid vanskeligt at indpasse i den tekniske rationalitet som dominerer dele af den empiriske psykoterapiforskning.

Det er naturligvis hinsides enhver tvivl, at psykoterapeutiske metoder og bagvedliggende teorier må gøres til genstand for empirisk afprøvning og validering. Her er det i hvert enkelt tilfælde en central opgave at finde en passende balance imellem, at der på den ene side skal anvendes kvalificerede videnskabelige metoder og designs – og på den anden side, at der må vælges forskningsmetoder som ikke øver uacceptabel vold på undersøgelsens genstand: det psykoterapeutiske arbejde. På den måde sikres, at de opnåede resultater kan generaliseres udover det undersøgte materiale og kan finde reflekteret anvendelse i klinikken (Jørgensen 2000c).

Note:

1. Artiklen er en omarbejdet og udvidet udgave af artikel publiceret i *Psykolognyt* 2000, nr.18, s.8-12.

Litteratur:

- Assay, TP. Lambert, MJ. *The Empirical Case for Common Factors in Therapy: Quantitative Findings*. In: Hubble, MA. Duncan, BL. Miller, SD. 1999, 33-56.
- Bohart, AC. *A Passionate Critique of Empirically Supported Treatments and the Provision of an Alternative Paradigm*. Paper præsenteret ved 31.SPR-konference, Chicago 2000.
- Duncan, BL. Miller, SD. *The Heroic Client. Doing Client-directed, Outcome-informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass 2000.
- Frank, JD. Frank, JB. *Persuasion and Healing*. Baltimore: John Hopkins 1991.
- Hougaard, E. *Hvad gør en god psykoterapeut god?* Psyke & Logos 1998, 19, 191-219.
- Hubble, MA. Duncan, BL. Miller, SD. *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington: APA 1999.
- Jørgensen, CR. *Hvorledes influerer terapeutens udførelse af psykodynamisk psykoterapi på behandlingsudbytte? Håndtering af terapeutfaktorer i effektforskningen 1*. Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi 2000a, 17, s.155-86.
- Jørgensen, CR. *Skal effektforskningen fortsat promært fokusere på tekniske faktorer? Håndtering af terapeutfaktorer i effektforskningen 2*. Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi 2000b, 17 (in press).
- Jørgensen, CR. *Terapeutiske virkningsfaktorer i psykodynamisk psykoterapi*. Ph.d.forelæsning, Aarhus Universitet, Psykologisk Institut 2000c.
- Lambert, MJ. *Psychotherapy Outcome Research. Implications for Integrative and Eclectic Therapists*. In: Norcross, JC. Goldfried, MR. (eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books 1992, 94-129.
- Miller, SD. Duncan, BL. Hubble, MA. *Escape from Babel. Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*. New York: Norton 1997.
- Schön, DA. *The Reflective Practitioner*. London: Arena 1983.

Carsten René Jørgensen er Cand. Psyk., Ph.d., Lektor i klinisk psykologi ved Aalborg Universitetscenter