

## Integrationen af psykoterapi og læringsmodeller i et praksisudviklingsperspektiv

I løbet af det seneste årti er spørgsmålet om kernen i den psykoterapeutiske praksis blevet aktuelt på en ny måde i forbindelse med en række sundhedspolitiske bestræbelser på at styre den offentlige indsats over for psykiske lidelser efter såkaldte evidensprincipper. Eksempelvis i både Storbritannien og Danmark har det nationale sundhedsvæsen således udstedt retningslinjer for behandling af diverse psykiske lidelser, der indeholder anbefalinger af en række evidensbaserede praksisser til formålet. I den forbindelse formidler retningslinjerne blandt andet nogle helt specifikke former for psykoterapi som særligt effektive praksisser i forhold til behandling af nogle diagnostisk specifikke lidelser. Ikke mindst udråber både de britiske og de danske myndigheder såkaldt kognitiv adfærdsterapi som den mest effektive og dermed bedste psykoterapeutiske behandlingsmetode til udbredte lidelser som angst og depression.

Denne artikel tager sit udgangspunkt i det forhold, at den aktuelle politiske og administrative forvaltning af den psykoterapeutiske praksis er baseret på den præmis, at den psykoterapeutiske praksis i sin kerne kan defineres, og dermed evalueres, som en bestemt form for medicinsk behandlingsteknologi. Det vil altså sige, at psykoterapi først og fremmest udgør en videnskabeligt baseret klinisk metode til helbredelse af nogle snævert diagnosticerbare tilstande. Disse tilstande bestemmes i den forbindelse som patologiske funktionsafvigelse, der manifesterer sig i tilhørende symptomer.

De aktuelle bestræbelser medfører dermed en ensrettet definering og validering af den psykoterapeutiske praksis. Konsekvensen er dels, at dette kommer til at skygge for mange af de praktiske indsigter og muligheder, der er indlejret i de former for psykoterapi, som diskvalificeres og ignorerer af de aktuelle sundhedspolitiske bestræbelser. Dels betyder det, at psykoterapiens fremtidige udvikling bliver kanaliseret ind i nogle mere ensidige rammer, hvormed fagområdet reduceres væsentligt.

Ambitionen med denne artikel er at levere et kritisk indspark i den aktuelle evidensorienterede problematisering af kernen i den psykoterapeutiske praksis ved at stille et grundlæggende spørgsmålstejn ved selvfølgeligheden i at definere og validere den psykoterapeutiske praksis som en medicinsk behandlingsteknologi. Efter en udredning af den aktuelle problematisering af den psykoterapeutiske praksis vil artiklen gøre rede for et særligt spor i psykoterapiens idéhistorie, der åbner muligheden for en mere nuanceret forståelse af vor tids psykoterapi. Således vil artiklen fokusere på spændvidden i den måde hvorpå læringsmodeller er blevet integreret i udviklingen af den psykoterapeutiske praksis, hvilket giver mulighed for at beskrive det aktuelle psykoterapeutiske felt som karakteriseret ved to væsensforskellige typer af praksis. Samtidig leveres afsættet for et alternativt og mere inkluderende grundlag for evalueringen af den psykoterapeutiske praksis.

Den idehistoriske og epistemologiske antagelse i denne artikel er, at den moderne psykoterapi blandt andet har sin historiske mulighedsbetning i fremkomsten af den såkaldte antropocentriske eller antropologiske vending i menneskets verdensbillede ved overgangen til den moderne tidsalder. Som både Michel Foucault og Martin Heidegger gør opmærksom på, indebærer denne vending udbredelsen af en forestilling om, at det endelige menneske selv er omdrejningspunkt for sin virkelighed og dermed selvrådigt kan erkende og kontrollere sig selv, sit sociale liv og sin omverden (Foucault 2004: III:IV; Heidegger 1977). Ifølge Heidegger udgør den nye teknologiske virkelighedsforståelse en del af dette verdensbillede og bliver indbegrebet af en praksismetafysik, der forestiller mennesket og alt værende som beregnelige og manipulerbare ressourcer (Heidegger 1977: 17). Denne teknologiske virkelighedsforståelse manifesterer sig såvel i scientismen og den moderne statsdannelse som i dele af filosofiens kredsløb om menneskelig praksis som virkelighedens grundvilkår. Samtidig bliver den moderne humanisme indbegrebet af et æstetisk og etisk livsregime, der på forskellig vis legeres og brydes med teknologien i en insistering på det menneskelige livs forrang og det enkelte menneskes ret til udvikling i frihed og ansvarlighed.

## Om at anskue psykoterapi i et praksisudviklingsperspektiv

Som baggrund for artiklens redegørelse er det vigtigt at kaste et blik på dens primære fokus, som er spørgsmålet omkring kernen i den psykoterapeutiske praksis. Hvad er psykoterapi, og hvordan kan vi dermed evaluere forløbet og resultatet af den psykoterapeutiske praksis? Umiddelbart kompliceres dette spørgsmål af, at psykoterapi bedst kan beskrives som en paraplybetegnelse for forskellige former for reflekteret samtalepraksis. På trods af forskellighederne er disse praksisformer samtidig fælles om den grundlæggende antagelse, at menneskets tanker, følelser og handlinger er modificerbare gennem anvendelsen af psykologiske procedurer. Således er de psykoterapeutiske praksisser indbyrdes beslægtede ved alle at bestå af en eller flere psykoterapeuter, som er orienteret mod at forbedre psykiske tilstande hos en eller flere klienter gennem brug af psykologiske metoder ud fra konstateringen af nogle psykiske eller eksistentielle lidelser eller forstyrrelser hos disse klienter.

Det metodiske afsæt for denne artikel er, at spørgsmålet omkring kernen i den psykoterapeutiske praksis ikke kan besvares med en entydig definition eller med en enkel karakteristisk, der er baseret på et bestemt praksiskoncept. Betegnelsen psykoterapi omfavner i stedet en række beslægtede mellem menneskelige praksisser, som er orienteret mod nogle systematiske og intentionelle handlinger. Igennem disse forsøger mennesker via mellem menneskelig kommunikation og psykologiske procedurer at transformere og forandre deres egen og andres eksistens og udfri dem selv og andre fra psykisk lidelse og forstyrrelse. I et perspektiv inspireret af den sene Michel Foucault må disse praksissers forskelligartede kendetegn og indbyrdes ligheder forstås via de historiske måder, hvorpå de er blevet etableret og har udviklet sig i sammenhæng med tænkning og refleksion og i tilknytning til historiske måder at problematisere erfaringer af åndelige, eksistentielle og sjælelige lidelser og forstyrrelser (jvf. Foucault 1992: II: 11). En udfoldelse af psykoterapiens idéhistorie må derfor også have sit omdrejningspunkt i et praksisudviklingsperspektiv. Et sådant perspektiv afdækker de implicite kulturelle og sociale strukturer, antagelser og tankemønstre i udviklingen af den psykoterapeutiske praksis og den måde, hvorpå den er blevet gjort til genstand for teoretisk refleksion og praktisk forvaltning. Desuden redegør perspektivet for den måde, hvorpå refleksionerne over den psykoterapeutiske praksis samtidig udspringer af

forskellige problematiseringer af kliniske praksisudfordringer. Disse problematiseringer er såvel forbundet med udvikling af nye erfaringsformer, praksisprocedurer og metodedannelser som med integration og modificering af metoder, modeller og idéer fra andre praksis- og vidensfelter. I den sammenhæng er de terapeutiske handlinger og iagttagelser blevet systematiseret i forskellige formaliserede interventionsmodeller i tilknytning til forskellige teorier om personligheden, den abnorme psykopatologi og den psykoterapeutiske proces ud fra specificerede terapeutiske mål om at frembringe nogle definerede og mere eller mindre dybdegående forandringsprocesser i klienternes tanke-, handle- og følelsesmåder. Samtidig er der også foregået løbende bestræbelser på at evaluere og vurdere psykoterapiens empiriske og konceptuelle fundament i anknævn til fremstillingen af teoretiske spørgsmål om, hvad meningen med begrebet psykoterapi egentlig er, og hvorvidt der er noget specifikt og karakteristisk ved den psykoterapeutiske praksis. Dette har både involveret videnskabelige og filosofiske samt politiske og institutionelle diskussioner og ikke mindst outcome-undersøgelser af effekten af psykoterapi samt procesundersøgelser af elementerne i effektiv psykoterapi (Leder 1968: 114; Barker 2010: 282).

Den nærværende artikel undersøger integrationen af psykoterapi og læringsmodeller i et praksisudviklingsperspektiv på en dobbelt måde, nemlig dels gennem en samtidsdiagnostisk og idéhistorisk analyse af et bestemt spor i psykoterapiens praksisudvikling og dels ved derigennem at levere afsættet for udviklingen af en anderledes evaluering af den psykoterapeutiske praksis.

## **Psykoterapien og den aktuelle evidensdiskurs**

Konceptualiseringen og perspektiveringen af den psykoterapeutiske praksis er som nævnt blevet aktuelt sprængstof i begyndelsen af det 21. århundrede i forbindelse med det øgede fokus på evidensbaseret velfærdspraksisserne. I f.eks. Storbritannien er regeringen begyndt at fokusere på udelukkende at tildele sundhedsøkonomiske midler til evidensbaserede praksisformer og i tilknytning hertil har det britiske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) udformet evidensbaserede praksisvejledninger for behandlingen af såkaldte psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser (f.eks. NICE 2004). I Danmark har Sundhedsstyrelsen i 2012 tilsvarende udgivet retningslinjer for praktiserende lægers

psykologhenvisning af patienter med let til moderat depression eller angst, hvori det præciseres, at:

det tilstræbes at behandling i sundhedsvæsenet baseres på, hvad der forskningsmæssigt er bedst tilgængelig evidens for [...] De praktiserende læger bør anvende dokumenterede behandlingsformer som førstevalgsbehandling. Er psykoterapi indiceret bør kognitiv adfærdsterapi (KAT) eller interpersonel terapi være førstevalg. (Sundhedsstyrelsen 2012).

Disse bestræbelser ramler ind i psykoterapiens hjertekule, fordi de involverer en bestemmelse af psykoterapi som en medicinsk teknologi til sygdomsbehandling, hvis resultater kan måles ud fra kliniske diagnosemål og rating scales. Følgelig kan de forskellige tilgange til psykoterapi vurderes efter deres potentiale som behandlingspraksisser rettet mod bevirkingen af helbredelsesprocesser gennem frembringelsen af relativt entydige og definerbare normale psykiske funktionstilstande.

Som Keld Thorgaard gør opmærksom på, beskrives den skotske epidemiolog Archie Cochrane typisk som grundlæggeren af den moderne evidensstilgang, der opstod inden for sundhedsområdet i begyndelsen af 1970'erne (Thorgaard 2010: 65). Cochrane etablerede den såkaldte evidensbaserede medicin som en kritisk uafhængighedssøgende ambition om at validere behandlingspraksisser ud fra empirisk, systematisk forskning (Cochrane 1999). Dermed kunne man sikre en viden om, hvilken effekt en given praksisintervention havde, der var uafhængig af den tætte forbindelse mellem medicinalindustrien og den sundhedsvidenskabelige forskning.

Selv om Cochrane ofte fremstilles som ophavsmand til evidensstilgangen, gør Steve Harrison imidlertid opmærksom på, at bestræbelsen på at basere kliniske interventioner på tests har været et kendetegn ved den vestlige medicin siden antikken (Harrison 2009: 2). Denne tilgang blev i stigende grad udbredt i kølvandet på etableringen af den moderne eksperimentelle naturvidenskab i det 17. århundrede, og i 1747 udførte marinekirurgen James Lind det første kontrollerede kliniske forsøg med henblik på at vurdere den korrekte behandling for skørbug (Harrison 2009: 6). I løbet af det 19. århundrede blev statistiske metoder i stigende grad bragt i anvendelse inden for den moderne naturvidenskabeligt orienterede lægevidenskab som et middel til kliniske beslutninger, og i begyndelsen af det 20. århundrede blev det klinisk kontrollerede forsøg almindeligt udbredt som grundlag for udvikling og evaluering af kliniske interventionsmeto-

der. I 1940'erne blev det randomiserede kliniske forsøg så lanceret, hvori forsøgspersoner randomiseres til at modtage én af flere interventioner, hvis forskellige resultater (outcomes) måles og sammenlignes ved brug af statistiske metoder.

Intentionen med den evidensbaserede medicin (EBM) er at anvende den bedst tilgængelige evidens for behandlingsresultater på klinisk beslutningstagning. I den forbindelse vurderes evidens, der er fremskaffet gennem metaanalyser og systematiske evalueringer af kontrollerede kliniske forsøg som regel højest, mens konventionel viden vurderes lavest. Tilsvarende er de engelske retningslinjer fra NICE baseret på et hierarki over evidens, som afspejler, at der primært gives autoritet til systematiske evalueringer af randomiserede kliniske forsøg (NICE 2004: 35). Som Olav Jensen gør opmærksom på, er sådanne medicinske evidensstilgange imidlertid snævert funderet i et naturvidenskabeligt eller såkaldt scientistisk paradigme, der gør evidens til et spørgsmål om at levere brugbare statistiske signifikanser (Jensen 2008). Problemet er blandet andet, at tilgangen er vanskelig at benytte til vurdering af psykologiske interventioner, hvori interventionsprocessen og –resultatet er mere komplekst end det er muligt at måle gennem randomiserede kliniske forsøg. Samtidig er tilgangen snævert orienteret mod helbredelsesprocesser modsat andre eller mere omfattende udviklingsprocesser og vil have en tendens til at favorisere interventioner, der er nemme at kvantificere og sammenligne ud fra et behandlingsmål. I praksis medfører dette ikke mindst en forherligelse af naturvidenskabeligt over humanvidenskabeligt modulerede interventionspraksisser.

Cochranes fortjeneste var først og fremmest at systematisere den medicinske evidensstilgang i et forsøg på at afværge ydre magtinteresser i det kliniske felt. Som Peter Elsass gør opmærksom på, har evidensstilgangen imidlertid samtidig formået at formidle specificiteten og effektiviteten af tekno-medicinske behandlinger i et klart og relativt instrumentelt sprog, som kan forstås og operationaliseres af politisk styrede forvaltninger (Elsass 2006: 71). Derfor er tilgangen også blevet ivrigt adopteret af den New Public Management bølge, som siden 1980'erne har været bærende for ambitionen om at modernisere den offentlige sektor i de vestlige lande gennem implementering af en større markedsorientering, præstationsmålinger og ressourcudnyttelse samt outputfokusering, som antages at føre til en mere omkostningseffektiv praksisforvaltning (Krogstrup 2001: 43).

Den medicinske evidensstilgang antages at bidrage med sikker viden omkring behandlingseffektivitet og tillægges altså autoritativ betydning i

politiske, økonomiske og institutionelle beslutninger om interventionspraksis. Det er kendetegnende for såvel de danske som de britiske praksisvejledninger, at de anbefaler de psykoterapiformer, som er mest manualiser- og standardiserbare. Dette involverer de psykoterapiformer, der mest eksplicit understøtter en medicinsk model med traditionelle diagnostiske mål og standardiserede ratingscales ved at være eksplicit designede som teknologiske behandlingspraksisser, og som samtidig lettest efterlever kravene om systematisk empiri med statistisk analyse. Den aktuelle evidensdiskurs involverer med andre ord en indbyrdes vægtning af psykoterapiformer ud fra et medicinsk-økonomisk sandhedskriterium for behandlings- og omkostningseffektivitet: Hvordan får man så meget dokumenterbart behandlingsoutput i forhold til specifikke diagnoser som muligt for de lavest mulige omkostninger? Som Carsten René Jørgensen påpeger, manifesterer denne rationalitet sig i en devaluering af praksisser, der giver sig af med bredt orienterede dybdeborende og komplekse forandringer af personligheden i langtidsløb. Det sker til fordel for en valorisering af praksisser, som er mere snævert behandlingsorienterede og som fokuserer på simple symptomerorienterede forandringer af uhensigtsmæssige tanke- og adfærdsmønstre i korttidsløb, hvilket især vil sige den kognitive adfærdsterapi (Jørgensen 2012: 266).

At der overhovedet rettes dette politisk-økonomiske fokus mod psykoterapiens behandlingseffektivitet må så ses i lyset af, at der i vestlige samfund i stigende grad ydes offentligt tilskud til psykoterapi og generel medicinsk behandling af psykiske lidelser (f.eks. RTLN 2012: 1). Dette forhold afspejler igen fremkomsten af befolkningens lykketilstand som velfærdspolitisk mål ved årtusindskiftet og en øget livspolitisk opmærksomhed på den mentale folkesundhed, som ikke mindst skyldes en global vækst i forekomsten af psykiske lidelser (Sørensen 2010: 134; WHO 2003; Kjølner 2007; US Department of Health and Human Services 2009).

## **Psykoterapi og læringsprocesser**

For en umiddelbar betragtning kan psykoterapien beskrives som et praksisfelt kendetegnet ved paradigmatisk mangfoldighed. Den aktuelle sundhedspolitiske evidensdiskurs er imidlertid funderet i en definerings og validering af den psykoterapeutiske praksis som en medicinsk behandlingsteknologi. Inden for denne diskurs bestemmes og evalueres psykoterapiens målbare output som en instrumentel fjernelse af psykopatologiske

symptomer, der overvejende forstås som manifestationer af dysfunktioner i hjernen. Det sker gennem brug af standardiserede teknikker, som er udformet gennem anvendelse af såkaldt objektiv viden om psykiske årsags-virknings-relationer.

Den sundhedspolitiske evidensdiskurs indebærer en kraftig ensretning af måden at forstå og evaluere den psykoteraeutiske praksis på. At den psykoteraeutiske proces er ækvivalent med en psykologisk helbredelsesproces, som altså samtidig er symptomeliminering i medicinsk forstand, har imidlertid ikke fremstået som nogen indlysende selvfølghelighed i psykoteraeutens idéhistorie. Som Frederick Kanfer allerede gjorde opmærksom på i 1961, har den stadige evaluering af det empiriske og konceptuelle grundlag for den psykoteraeutiske praksis da også involveret talrige forsøg på at demonstrere sammenhænge mellem den psykoteraeutiske proces og andre typer af psykologiske processer end helbredelsesprocesser (Kanfer 1961: 681). I den forbindelse anskueliggjorde David Smail i 1980, at de kognitive og behavioristiske tilgange til psykoteraeut, der mest eksplicit insisterer på at udøve og designe den psykoteraeutiske praksis som en medicinsk behandlingsteknologi, faktisk samtidig også er tilgange, der meget eksplicit abonnerer på en integration af læringsmodeller (Smail 1980). Der er imidlertid også andre psykoteraeutiske retninger, som har integreret et læringsperspektiv i den psykoteraeutiske praksis uden dermed samtidig at konceptualisere denne som en helbredelsesorienteret medicinsk behandlingsteknologi, hvilket ikke mindst gælder for den humanistiske og eksistentielle tradition.

Det følgende afsnit redegør for den flersidige integration af psykoteraeut og læringsmodeller i et idéhistorisk praksisudviklingsperspektiv, hvilket tænkes at kunne åbne for en mere nuanceret diskussion af kernen i den psykoteraeutiske praksis og af evalueringen af dens resultater.

## **Psykoteraeutens historiske etablering**

For at kunne redegøre for nuancerne i det aktuelle psykoteraeutiske praksisfelt, er det først nødvendigt at redegøre for den historiske etablering af den moderne psykoteraeut, der i mange tilfælde tilskrives lanceringen af psykoanalysen. Imidlertid er der ikke udelt enighed blandt historikere og idéhistorikere omkring den historiske baggrund for etableringen af psykoteraeutien. Mens f.eks. Robert Cautin afdækker psykoteraeutens historiske rødder som den moralske behandlingspraksis i 1800-tallets psykiatri, og



Adam Crabtree retter sit fokus mod Franz Mesmers animalske magnetisme fra 1700-tallet, afsøger Henri Ellenberger psykoterapiens oprindelse i en række tidlige og førmoderne vestlige praksisser til forvaltning af sjælelige og åndelige forstyrrelser (Cautin 2011: 3; Crabtree 2001: 555-6; Ellenberger 1970: kap. 1).

Den idéhistoriske ambition med denne artikel involverer et alternativt og kombineret analytisk blik for det diskontinuerte og kontinuerlige i psykoterapiens historiske praksisudvikling. Således anskues psykoterapiens historiske fremkomst som en specifikt moderne begivenhed, hvis komplekse historiske mulighedsbetingelser er knyttet til etableringen af en ny måde at erfare mennesket og dets virkelighed på. Samtidig gøres det gældende, at psykoterapiens etablering og udvikling som særligt, om end diverst, praksisfelt også involverer overleveringer og transformeringer af visse elementer og strukturer fra tidligere praksisformer.

Kigger vi i første omgang på de førmoderne praksisser, som mennesket har udviklet til håndtering af sjælelige, åndelige og eksistentielle lidelser og forstyrrelser, er det i et intentionelt praksisudviklingsperspektiv muligt at fokusere eksklusivt på konturerne af to idéhistoriske figurationer: En dyb og en flad figuration, som i forskellige formationer og transformationer har udgjort integrerede dimensioner af praksisudviklingen i den vestlige verden.<sup>1</sup> Den dybe figuration skal forstås som teoretiske konceptioner og praktiske modelleringer af mennesket som et værende, hvis sjæl, selv eller personlighed har en dyb ontologi og altså rummer komplekse eksistentielle, psykologiske, åndelige eller sjælelige dynamikker. I denne figuration finder vi idéer om mennesket og dets eksistens, der lægger vægt på betydnings- og meningsdimensionen i den menneskelige væren og ser denne som en fremtrædelse med væsentlig dybde. Den flade figuration er derimod erfaringer af mennesket som et væsen, der har et selv med en flad ontologi og en relativt simpel definerbar essens. I denne figuration finder vi idéer om mennesket, der lægger vægt på simple og ofte synlige træk ved menneskets umiddelbare naturfunktioner, adfærd og tankemønstre som bestemmende for det menneskelige.

Ved at følge den dybe figuration, får vi et historisk blik for udviklingen af eksistens- og livspraksisser, der har været båret af en hermeneutisk erkendelsesinteresse for lidelsens betingelser i sjælens eller åndens dybder hinsides det umiddelbart synlige og af en praksisinteresse for det oplevende, erkendende og handlende menneskes potentiale. Disse praksisformer er funderet i erfaringer af komplekse samspil mellem menneskets

personlige, sociale, fysiske og åndelige livsdimensioner, og intentionen om udfrielsen fra lidelsen gøres i reglen til et spørgsmål om langvarig og dybdegående transformation af selvet gennem en vedvarende praksis. Martha Nussbaum, Pierre Hadot og Michel Foucault har anskueliggjort, hvordan vi blandet andet finder denne figuration i den græske og romerske antik (Nussbaum 1994; Foucault 1992: II & III; Hadot 1995). Her eksisterede der udbredte praksisregimer for etisk livskunst, der som en pendant til lægekunsten skulle forstås som en slags sjæleterapier. Intentionen med disse livspraksisser var, at mennesket skulle skabe et smukt og godt liv og opnå blomstring (eudaimonia) eller harmonisk balance gennem en omsorg for den lidelse og forstyrrelse, der blev skabt gennem forplumrede overbevisninger, overdreven frygt og bekymring eller ukontrollerbart begær og uhensigtsmæssige handlinger. Det skulle ske ved at mennesket undergik en dybdegående transformation af sin væremåde gennem bestandige praksisøvelser og spirituelle aktiviteter. I kristendommen blev erfaringen af lidelsen og sjælens forstyrrelser knyttet til begribelsen af menneskets syndige liv og forestillingen om det onde. Her genfinder vi blandet andet den dybe figuration i den vedvarende moralske selvpraksis knyttet til målsætningen om sjælens renhed, idéerne om dødssynderne og ærkededyerne samt bekendelsesritualerne. Disse ritualer havde en konnotation til idéen om sjæleterapi og blev især udbredt fra det 11. århundrede som en pastoral praksis for sjæleledelse, der kunne udvirke en forsagelse af det onde (Foucault 1997). Samtidig var disse bekendelsesritualer knyttet til en sjælesorgspraksis, der i forlængelse af reformationen fik en afgørende forankring i den protestantiske omsorg for den enkeltes sjæl. Her blev det onde i stigende grad menneskeliggjort og drevet ud gennem tilgivelse for den enkeltes synder.

Ved omvendt at følge den flade figuration opdager vi en række livspraksisser, der har set lidelsen som betinget af faktorer uden for menneskets egen frie vilje som f.eks. forskellige udefrakommende fremmedelementer og kræfter eller aspekter af menneskets kropslige og fysiske væren. Disse praksisformer har først og fremmest håndteret lidelsen gennem mere enkle og korterevarende begivenheder og handlinger såsom renselsesritualer og uddrivelsesprocedurer eller indgreb, elimineringer og korrektioner i forhold til fejl, årsager og indoptagelser. Som Ellenberger påpeger, involverer denne figuration blandet andet en udbredt idé fra tidlige kulturer om, at sjælelige og legemlige onder skyldes et tab af sjælen til spøgelse og ånder, som derfor må restaureres gennem shamanistiske

praksisser (Ellenberger 1970: 7). Den tidlige kristne kirke opfattede næsten tilsvarende sjælen som en arena for kampen mellem Gud og det onde, og adopterede en idé fra andre kulturtraditioner om, at djævle og dæmoner var ontologiske realiteter, der kunne besætte mennesket og fremkalde vanvid og umoralsk livsførelse (Maagard 2003: 16). I den forbindelse lancerede kirken ikke mindst eksorcismeritualet, og med Augustins grundfæstelse af læren om arvesynden blev dåbsritualet og brugen af indviet vand til helbredelse tilknyttet som praksisser, der kunne uddrive den urene ondskab.

Den dybe og flade figuration indlejres i nye videns- og praksisregimer gennem nye problematiseringer af lidelsen og det forstyrrede sjæleliv inden for den antropocentriske horisont. På denne baggrund fremkommer psykiatrien ikke mindst fra 1790'erne og frem som en lægevidenskabelig disciplin, hvis praksisudvikling lige siden har været differentieret i to hovedspor, der blev eksemplificeret ved striden mellem psykikerne og somatikerne i begyndelsen af 1800-tallet: Et humanistisk regime, der blandt andet blev lanceret af Phillippe Pinel og Jean-Étienne Esquirol, og som i forlængelse af den dybe figuration har eftersøgt betingelserne for forstyrrelsen i sjælens dybder og den uafbalancerede levevis og håndteret den gennem dybdegående og længerevarende moralske, psykologiske og sjælelige metoder; og et naturvidenskabeligt-teknologisk regime, som i forlængelse af den flade figuration har søgt at beregneliggøre, kontrollere og uddrive det syge som en afvigelse eller fejl i hjernen, kroppen og den biologiske arvemasse, der ligger uden for rækkevidden af den menneskelige vilje (Kringlen 2003: 32). Denne somatiske psykiatri fik for alvor sit gennemslag som eksperimentel og empirisk videnskab via psykiateren Emil Kraepelin ved overgangen til 1900-tallet, der med forbillede i udviklingen inden for datidens kliniske lægevidenskab definerede psykopatologi som entydigt klassificerbare funktionsafvigelser (Kraepelin 1896). I begyndelsen af det 20. århundrede blev neuropsykiatrien dominerende i forståelsen af de psykotiske patienter, der blev opfattet som rene symptombærere. Således var neuropsykiatrien præget af en orientering mod det flade neurologiske selv, hvis mekaniske adfærd var kausale afspejlinger af en indre organisk funktionsforstyrrelse.

Parallelt med psykiatriens fremkomst som en lægevidenskabelig disciplin blev den moderne psykoterapi etableret som en psykologisk disciplin, der lige som psykiatrien involverede en ændring i fokus fra sjælen til psyken forstået som bevidstheden, følelserne og adfærden. Denne etablering

havde ikke mindst afsat i Franz Mesmers og senere Marquis de Puységurs omformninger af blandet andet Johann Gassnars hypnotiske eksorcismemetode fra 1770 til ideer om animalsk magnetisme og hypnoterapi i perioden mellem 1774 og 1785 (Peter 2005; Thomason 2008). Fra begyndelsen af 1800-tallet formuleredes en række systematiske tilgange til hypnoterapi og psykoterapi, der i flere tilfælde blev udlagt som sekulære transformationer af eksorcismepraktisserne (Peter 2011). I 1880'erne forklarede den franske neurolog Jean-Martin Charcot og hans elev Pierre Janet dæmonisk besættelse som en form for hysteri, der havde en psykologisk baggrund, og de antog, at hypnoterapien kunne fungere som en slags behandlingspraksis ved at bevidstgøre klienten om traumatiske oplevelser. Samtidig udviklede den østrigske læge Joseph Breuer sin såkaldte talekur gennem samtaler med patienten Anna O., idet han observerede, at hendes symptomer i form af paralysen og tale- og synsforstyrrelser forsvandt efter, at hun beskrev dem for ham.

Freud etablerede altså psykoanalysen i 1890'erne på et tidspunkt, hvor psykoterapien allerede var blevet udbredt som praksisform, og på trods af hans ambition om at give det psykoanalytiske vidensfelt et klart naturvidenskabeligt grundlag, positionerede han sig reelt entydigt i modgrøften med fremstillingen af et psykologisk grundlag for den psykoanalytiske praksis. Som Foucault gør opmærksom på, udfoldede Freud i den forbindelse en gennemrationaliseret transformation af de moralske bekendelses- og sjælesorgspraktisser med lanceringen af forførelsesteorien og senere driftsteorien i 1890'erne. Her blev neurosens bevirkende årsag forklaret som fortrængte barndomstraumer, der først blev forstået som reelle og senere som imaginære incestuøse hændelser, som kunne bevidstgøres og dermed opløses i den langtidbaserede talekur gennem brug af den såkaldte frie associationsmetode (Freud 2001: II & III; Foucault 1992: I). Som en modsætning til Kraepelins neuropsykiatri blev psykoanalysen således lanceret som en praksis, der var orienteret mod det dybe psykologiske selv, hvis følelser, tanker og adfærd formedes i et komplekst samspil i et indre usynligt rum.

## Første spor: Behaviorisme og adfærdsterapi

For at kunne få greb om den måde, hvorpå læringsmodeller er blevet integreret i psykoterapien er det nødvendigt at vende blikket mod det amerikanske samfund, der i begyndelsen af 1900-tallet var præget af en løsrivelse fra den europæiske kulturtradition, som samtidig var mere ensidigt båret af teknologiens voldsomme udvikling i landets industri, handel, kultur, uddannelse og videnskab. Dette påvirkede psykologiens og psykoterapiens etablering i USA, som fik et kraftigt funktionalistisk fokus på praktisk og konkret anvendelsesorientering i forhold til livsførelse og børneopdragelse med et særligt blik for miljøets betydning for individets udfoldelsesmuligheder. Det lå derfor nært at en særlig britisk og russisk interesse, hos især Ivan Pavlov og William McDougal, for psykologiske studier af lovmæssigheder for dyrs indlæring af adfærd blev importeret til USA. Det skete med John Watsons og senere B.F. Skinners og Clark Hulls lancering af den amerikanske behaviorisme i tiden omkring første verdenskrig som en eksperimentel psykologisk disciplin i positivistisk forstand. Denne lagde i et instrumentalistisk perspektiv afstand til de europæiske ideer om bevidstheden eller drifterne som det primære ved psyken og betonedede empiriske studier af menneskets direkte observerbare adfærd, der blev opfattet som et resultat af lovmæssige indlæringsmekanismer (Watson 1914). Watson demonstrerede i den sammenhæng blandt andet, hvordan frygt er en indlært adfærdsreaktion, og allerede i 1924 gjorde Mary Jones som den første anvendelsesorienteret brug af de kausaldeterministiske indlæringsmodeller i lanceringen af en terapeutisk aflæringsmetode til eliminering af frygt (Jones 1924). Adfærden skulle nemlig ikke blot forklares men styres, og i 1950'erne og 1960'erne blev adfærdsterapien i forskellige varianter for alvor udbredt i USA, men også især i Storbritannien og Sydafrika med afsæt i Skinner, Edward Shoben, Joseph Wolpe, Hans Eysenck, Arnold Lazarus og Stanley Rachman som et eksplicit adfærdsteknologisk alternativ til psykoanalysen (Shoben 1949; Skinner 1953; Lazarus 1957; Wolpe 1954). Adfærdsterapien var målrettet patienter med noget, der blev set som afvigende adfærd, og den integrerede indlæringsmodeller i psykoterapien, som nu skulle beskæftige sig med adfærdsmodifikation, og hermed var det flade selv en realitet i den psykoterapeutiske praksisudvikling. I modsætning til psykoanalysen involverede adfærdsterapien således en forståelse af psykopatologiske problemer som f.eks. angstlidelser som udtryk for fejlindlæring eller mangelfuld indlæring af særlige former for adfærd. På den baggrund måtte psykoterapien rekonceptualiseres som et korrigerende indlæringsforløb, der operationaliserede en række beha-

violistiske ind- og aflæringsmetoder. Adfærdsterapiens mål blev således indlæring af hensigtsmæssig funktionel adfærd og aflæring af uhensigtsmæssig dysfunktionel adfærd i henhold til nogle specifikke diagnostiske normalitetsmål og gennem brug af nogle manualiserbare psykopædagogiske metoder. Dette mål kunne samtidig knyttes tæt til et nyt krav om at validere behandlinger ud fra empirisk, systematisk forskning, der ikke mindst blev introduceret af behavioristen og adfærdsterapeuten Eysenck, som i samme håndvending skød psykoanalysen i sæk som behandlingsineffektiv (Eysenck 1952).

### **Psykoteringen og den kognitive revolution?**

For at kunne begribe den idéhistoriske integration af læringsmodeller inden for den teknologiske orientering af psykoteringen må der også kigges på, hvordan dette spor i psykoteringens praksisudvikling blev udvidet fra 1960'erne og frem.

I dette årti blev den radikale behaviorisme og især adfærdsterapien udfordret i USA via genkomsten af et stigende psykologisk fokus på kognitive processer: Dels indefra af Albert Bandura, som udviklede en social-kognitiv behaviorisme, hvor indlæringsprocesserne ikke blot inkluderede adfærd men også bevidsthedsevner til egenvurdering (Bandura 1969). Dels udefra af Aron Beck, som med afsæt i en klinisk problematisering af de depressionslidelser, der i 1960'erne blev et stadig mere omfattende problem i den psykoterapeutiske praksis, omskabte den psykoanalytiske psykoterapis betoning af de ubevidste dybdeprocesser til et kognitiv terapeutisk fokus på de her-og-nu-tanker, som knapt er skjulte for den bevidste opmærksomhed (Beck 1967). Som Steven Hollon og Raymond DiGiuseppe gør opmærksom på, byggede Beck i den forbindelse blandt andet videre på Albert Ellis' idé om Rational Emotive Behavior Therapy og George Kellys idé om Personal Construct Therapy fra 1950'erne (Hollon 2011: 206-207; Ellis 1957; Kelly 1955). I den forbindelse integrerede Beck i et vist omfang Jean Piagets kognitive indlæringsmodeller, som antog, at menneskets proaktive og reaktive tilpasning til virkeligheden sker som indlæringsprocesser, hvor det hele tiden konstruerer og rekonstruerer indre kognitive skemaer. Som mentale repræsentationer organiserer disse skemaer menneskets måde at tænke og opfatte virkeligheden på (Piaget 1969). Beck accepterede den konventionelle psykopatologi og diagnostiske kategorisering af psykiske lidelser som sygdomsfænomener med en

bestemt symptomatologi. Han lagde ikke kun afstand til psykoanalysen, men også til adfærdsterapien ved at beskrive den dysfunktionelle symptomadfærd som blot manifestation af en mere grundlæggende indlæring af et idiosynkratisk kognitivt system af dysfunktionelle overbevisninger, forventninger og antagelser om én selv, virkeligheden og fremtiden, der fører til uhensigtsmæssige reaktioner på bestemte typer af livssituationer (Beck 1963; Beck 1970). Modsat psykoanalysen var den livshistoriske baggrund for indlæringen af disse dysfunktionelle tankemønstre pragmatisk uvedkommende for den psykoterapeutiske praksis, og den kognitive terapi skulle ligesom adfærdsterapien designes som en korrigerende indlæringsproces. Herigennem blev patienten hjulpet med at identificere dysfunktionel tænkning, realitetsteste sine idéer og indlære mere adaptive tankeformer, så der skete en restrukturering af de kognitive strukturer, som var kilden til de psykopatologiske symptomer. I et idéhistorisk perspektiv genfinder vi her idéen om det flade selv, hvis negative tankesæt er uden forhistorie og kan elimineres gennem funktionel korrektion. Den kognitive terapi blev fremstillet som en medicinsk behandlingsteknologi rettet mod manualiserbar eliminering af entydigt diagnosticerbare sygdomssymptomer. Ligesom adfærdsterapien blev den tilknyttet en idé om, at det var muligt at måle behandlingsresultatet gennem observation af forekomsten af symptomer, hvilket førte til udvikling af en række specifikke måleinstrumenter som f.eks. The Beck Depression Inventory (Beck 1988).

Fra slutningen af 1970'erne og frem blev adfærdsterapien og den kognitive terapi integreret gennem lanceringen af den kognitive adfærdsterapi. Denne inddrog også indlæringsmodeller fra den moderne kognitionspsykologi, og mod årtusindskiftet blev den forfinet af henholdsvis Christine Padesky og Chris Williams med en forståelse af, hvordan visse livssituationer hos nogle mennesker kan aktivere et patologisk samspil mellem forskellige niveauer af tanker, adfærd, følelser og fysiske funktioner (Padesky 1995, 5; Williams 2001). Psykoterapien fremstilledes i den forbindelse stadig som en medicinsk behandlingsteknologi, hvis kerne kunne konceptualiseres som en korrigerende indlæringsproces med et stærkt fokus på diagnosemål og ratingscales. Samtidig betonedes eksperimentelle og kvantitative evaluerings- og forskningsmetoder, der har gjort denne tradition særligt velegnet til den aktuelle evidensforvaltning.

## Andet spor: Humanistisk og eksistentiel psykoterapi

I det andet spor kaster vi et blik på den måde, hvorpå læringsmodeller historisk set er blevet integreret inden for den humanistiske orientering af psykoterapien i en bestræbelse på at udvikle et alternativ til den teknologiske psykoterapi.

I USA var 1960'erne ikke kun præget af en udfordring til adfærdsterapien og psykoanalysen fra den kognitive tilgang men endnu mere af et decideret humanistisk modtræk til behaviorismen. Denne var på mange måder en amerikansk pendant til den nogenlunde samtidige europæiske eksistenspsykologi, som dog også fik en egentlig amerikansk aflægger hos Rollo May og Irvin Yalom. Den europæiske eksistenspsykologi udgjorde på mange måder en eksistentiel og humanistisk radikaliserings af psykoanalysen, hvis udbredelse var stærkt præget af efterkrigstidens tragiske besindelse på den teknologiske værensforståelse og et opgør med enhver form for totalitarisme og systemtænkning. Den amerikanske humanistiske psykologi hos blandt andet Abraham Maslow, Gordon Allport og Carl Rogers, var langt mere hedonistisk indstillet og præget af efterkrigstidens store amerikanske udvikling i velstand og øgede fokus på selvbevidst individualisme i samfundet samt på arbejdsmotivationens betydning for den voksende industri- og servicesektor.

Ligesom eksistenspsykologien forfægtede den humanistiske psykologi et fokus på det særligt menneskelige med et blik for menneskets udfoldelsesmuligheder i frihed og ansvar, men modsat andre psykologiske retninger tog den humanistiske psykologi afsæt i det sunde individ, som man mente var præget af et essentielt behov for selvrealisering. Psykiske lidelser måtte følgelig handle om blokeringer for denne etiske selvdannelsesproces, og Rogers udviklede på den baggrund den klientcentrerede terapi som en mindre tidskrævende og stærkt individorienteret udgave af den psykoanalytiske praksisform. Nemlig med fokus på brug af simple teknikker, hvor terapeuten som en slags reflekterende papegøje skulle hjælpe den andens selvvirkeliggørelse igennem en slags selvspejlingsproces. Mens de behavioristiske indlæringsmodeller ikke bare var blevet operationaliserede i adfærdsterapien, men også som pædagogisk tilgang i det amerikanske uddannelsessystem, beskrev Rogers kernen i den klientcentrerede terapi som en signifikant selv-læringsproces. Denne havde også en parallel i pædagogiske undervisningssammenhænge i form af studenter-centreret undervisning, men som samtidig adskilte sig kvalitativt fra den såkaldte ordinære



behavioristiske såvel som kognitive indlæringsproces i både psykoterapi og undervisning. Således omfattede den signifikante læringsproces ifølge Rogers en helhedsorienteret, engageret og individuering personlig udvikling, der såvel skulle forstås som et alternativ til den mekaniske dressering, disciplinering og skolestiske overlevering af upersonlig viden til eleven som en ren informationsbearbejder, som til den programmatiske tilpasning af patienten til normaliteten (Rogers 1967: kap. 13-14). For Rogers gav adoptionen og integreringen af en model omkring den signifikante læringsproces i den psykoterapeutiske praksis såvel som i undervisningssammenhænge lige præcis et konceptuelt og empirisk grundlag, der: positivt gjorde det muligt at advokere for en forestilling om personlig vækst som en individuel proces, der ikke trivedes i det traditionelle skolesystem og ikke kunne faciliteres igennem institutionel brug af adfærdsterapi; og negativt gjorde det muligt at distancere sig fra og kritisere behaviorismen i adfærdsterapi og pædagogik som systemmodeller, der stod i modsætning til respekten for individet.

I 1960'erne og 1970'erne spillede den eksistentielle psykologi og terapi med Ronald Laing i spidsen en vis rolle for udviklingen af psykoterapien i Storbritannien og ikke mindst for de mere radikale bestræbelser på reformering af psykiatrien. I 1980'erne lancerede Emmy van Deurzen den britiske eksistensanalyse som et modtræk til såvel den biologiske reorientering af psykiatrien som til fremvæksten af den kognitive adfærdsterapi. Ganske afgørende har Deurzen fremstillet eksistensanalysen som en filosofisk baseret psykoterapi, der adskiller sig fra den medicinske behandlingsteknologi ved ikke at begribe klienterne i medicinske, men i etiske termer, dvs. som mennesker, der ikke er syge på grund af forstyrrelser af de psykiske funktioner, og derfor heller ikke skal kategoriseres og vurderes ud fra medicinske diagnoser, men som er klodsede til at leve livet, fordi de ikke har lært kunsten at leve livet med de udfordringer, som det indebærer (Deurzen 2002: 18). Hermed konceptualiserer Deurzen eksistensanalysen som en livskunst i klassisk forstand, hvis kerne er en langvarig og omfattende eksistentiel læringsproces, der adskiller sig fra en helbredelsesproces ved ikke at være rettet mod tilpasning til normaliteten. Derimod er den orienteret mod en original evne til at leve livet uden selvbedrag i ærlighed og selvtroværdighed i samspil med sig selv, andre mennesker og omverden. I et vist omfang knytter Deurzen her an til Paul Colaizzis bestemmelse af den eksistentielle læringsproces som en individuel autenticitetsproces, der adskiller sig fra de programmatiske og manualiserbare læringsmodeller, som er grundlag for den behavioristiske og kognitive tradition, og som teknologisk forestiller sig at læringsresultatet kan måles og evalueres efter

kliniske standarder (Colaizzi 1998). Samtidig berammer eksistensanalysen en udvidelse af den psykoanalytiske dybdepraksis, hvor den praktiske orientering mod det indre psykologiske rum bliver til en orientering mod det verdensvendte menneskes væren-i-verden. Tilsvarende tager den eksistensanalytiske praksis afsæt i en længerevarende afklaring af klientens livsverden for at afdække de evner og potentialer til at håndtere livets udfordringer, som den enkelte allerede rummer i sine relationer til sig selv, andre mennesker, sin krop og den spirituelle verden.

### **Afslutning: Evaluering af psykoterapi i et læringsperspektiv**

Siden 1950erne er den psykoterapeutiske praksis i stigende grad blevet evalueret med reference til helbredelseskriterier for behandlingseffektivitet i forhold til fjernelse af patologiske symptomer.

Den forudgående idéhistoriske analyse sætter imidlertid spørgsmålstegn ved selvfølgheden i entydigt at begribe psykoterapien som en medicinsk behandlingsteknologi. Denne må snarere forstås som en mosaik af beslægtede praksisformer, der er rettet mod udfrielse fra psykisk og eksistentiel lidelse og forstyrrelse, og som i et vist omfang repræsenterer en moderne transformation af såvel dybde- og langtidsorienterede bekendelses- og sjælesorgspraksisser som indgrebs- og korttidsorienterede eksterminations- og renselsespraksisser. I den forbindelse fremstår det aktuelle psykoterapeutiske felt som udspændt mellem: En livskunst, hvor terapien forstås som en etisk orienteret ledsagelse af det enkelte menneskelivs udfoldelse af sine iboende muligheder i en eksistentiel åbenhed for tilværelsens mangfoldighed; og en livsteknologi, hvor terapien forstås som en behandlingsorienteret instrumentel eliminering af symptomer på en unormal og dysfunktionel væremåde.

Den allerede eksisterende tradition for at forstå den psykoterapeutiske praksis i et læringsperspektiv åbner muligheden for en alternativ måde at evaluere psykoterapien på. I stedet for at orientere sig mod vurdering af klinisk behandlingseffektivitet giver et sådant perspektiv mulighed for en mere nuanceret og dækkende evaluering af de forskellige former for læringsmål og -resultater, der er impliceret i de forskellige praksistilgange til psykoterapi. Læring repræsenterer en mere kompleks og mangesidig psykologisk proces end helbredelse, hvilket afspejler sig i mangfoldigheden af læringsteorier om forskellige former for menneskelig udvikling. Da helbre-

delsesprocesserne i den psykoterapeutiske praksis samtidig kan begribes som læringsprocesser, udelukker et sådant perspektiv ikke behandlingsorienterede tilgange til psykoterapi som en medicinsk praksis men evner at inkludere dem i en bredere forståelsesramme. Allerede i 1966 påpegede Donald Kiesler flere problemer i den såkaldte 'enhedsmyte' ved at foreslå, at både typen af processer og resultater varierer mellem de forskellige tilgange til psykoterapi (Kiesler 1966). En læringstilgang til evalueringen af den psykoterapeutiske praksis accepterer direkte konsekvensen af Kieslers perspektiv.

## Note

- 1 Den analytiske brug af begreberne den dybe og den flade figuration er delvist inspireret af Nikolas Rose (Rose & Abi Rached 2010, Rose 2012)

## Litteratur

- Bandura, A. (1961): "Psychotherapy as a learning process", *Psychological Bulletin*, 58(2), 143-159.
- Bandura, A. (1969): *Principles of behavior modification*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barker, M. et al (2010): *Understanding Counselling and Psychotherapy*, London: Sage.
- Beck, A. (1963): "Thinking and depression", *Archives of General Psychiatry*, vol 9, 324-333.
- Beck, A. (1967): *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*, NY: Harper & Row.
- Beck, A. (1970): "Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy", *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200.
- Beck, A. (1988): "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation", *Clinical Psychology Review*, vol. 8, nr. 1, 77-100.
- Cautin, R. (2011): *A Century of Psychotherapy, 1860-1960*, I.J. Norcross m.fl. (red.) *History of Psychotherapy*, Washington: APA.
- Cochrane, A. (1999): *Effectiveness And Efficiency*, London: Edward Arnold Publishers Ltd.
- Colaizzi, P. (1998): "Læring og eksistens", i Mads Hermansen (red.) *Fra læringens horisont*, Århus: Klim.
- Crabtree, A. (2008): "The Transition to Secular Psychotherapy", E. Wallace m.fl. (red.) *History of Psychiatry and Medical Psychology*, NY: Springer.
- Deurzen, E. (2002): *Existential counselling and psychotherapy in practice*, London: Sage.
- Ellenberger, H. (1970): *The Discovery of the Unconscious*. US: Basic Books.
- Ellis, A. (1957): "Rational psychotherapy and individual psychology", *Journal of Individual*

- Psychology, vol. 13, 38-44.
- Elsass, P. (2006): Humanistisk sundhedsforskning, Kbh.: HRF.
- Eysenck, H. (1952): "The effects of psychotherapy: an evaluation", *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Foucault, M. (1992): *The History of Sexuality* vol. 1-3, London: Penguin.
- Foucault, M. (1997): "Technologies of the self", i Michel Foucault (red.) *Ethics*, London: Penguin.
- Foucault, M. (2004): *Galskabens historie i den klassiske periode*, Kbh.: Det lille Forlag.
- Freud, S. (2001): *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Vintage.
- Hadot, P. (1995): *Philosophy as a way of life*, Malden: Blackwell.
- Harrison, S. (2009): *The history of evidence based medicine*, www.oup.com.
- Heidegger, M. (1977): *The Question concerning Technology*, NY: Harper.
- Hollon, S. & R. DiGuiseppe (2011): "Cognitive theories of Psychotherapy", I J. Norcross et al (red.) *History of psychotherapy*, Washington: APA.
- Jensen, O. (2008): "Videnskabelighed i psykoterapi", *Psyke & Logos*, 29, 152-176.
- Jones, M. (1924): "Elimination of children's fears", *Journal of Experimental Psychology*, 7 (5), 382-397.
- Jørgensen, C. (2012): *Danmark på briksen*, Kbh.: HRF.
- Kanfer, F. (1961): "Comments on learning in psychotherapy", *Psychological Report*, 9, 681-699.
- Kelly, G. (1955): *The psychology of personal constructs*. NY: Norton.
- Kiesler, D. (1966): "Basic methodological issues implicit in psychotherapy research", *American Journal of Psychotherapy*, 20, 135-155.
- Kraepelin, E. (1896): *Psychiatrie*. Oxford: J. A. B.
- Kringlen, E. (2003): *Psykiatriens samtidshistorie*, Kbh.: HRF.
- Kroghstrup, H. (2011): *Kampen om evidens*, Kbh.: HRF.
- Lazarus, A. & S. Rachman (1957): "The use of systematic desensitization in psychotherapy", *S. African Med. Journal*, 32, 934-937.
- Leder, S. (1968) "Psychotherapy: placebo effect and/or learning", R. Porter (red.) *The role of learning in psychotherapy*, London: J.& A. Churchill Ltd.
- Kjoller, M. m.fl. (2007): *Folkesundhedsrapporten 2007*, Kbh.: SIF.
- Maagaard, M. (2003): *Et satans uvæsen*, Århus: Anis.
- NICE (2004): *Depression: management of depression in primary and secondary care*, London: Stanley L. Hunt.
- Nussbaum, M. (1994): *Therapy of desire*, Princeton: P.U.P.
- Padesky, C. (1995): *Clinician's guide to mind over mood*, NY: Guilfoord.
- Peter, B. (2005): "Gassner's exorcism--not Mesmer's magnetism--is the real predecessor of modern hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 1-12.
- Peter, B. (2011): "On the history of dissociative identity disorders in Germany", *Inter-*

- national Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 59(1):82-102.
- Piaget, J. (1969): *The Psychology of the Child*, Paris: Basic Books.
- RITLN (2012): *Tillegsaftale vedr. satspuljemidler*, Kbh: Danske Regioner.
- Rogers, C. (1967): *On Becoming a Person*, London: Constable.
- Rose, N. & Abi-Rached, J. (2010): "The birth of the neuromolecular gaze", *History of the Human Sciences*, 23, 11-36.
- Rose, N. (2012): "The Human Sciences in a Biological Age", *Institute for Culture and Society Occasional Paper* 3.1.
- Shoben, E.J. (1949): "Psychotherapy as a problem in learning theory", *Psychological Bulletin*, 46, 366-392.
- Skinner, B.F. et. al. (1953): *Studies in behavior therapy*, MA.: Metropolitan State Hospital.
- Smail (1980): "Learning in psychotherapy", Phillida Salmon (red.) *Coming to know*, London: Routledge.
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog*, Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Sørensen, A. (2010): "The Paradox of Modern Suffering", *Tidsskrift for forskning i sundhed og samfund*: 13.
- Thomason, T. (2008): "Possession, exorcism and psychotherapy", *Professional issues in counselling*: 8.2.
- Thorgaard, K. (2010): "Gyldne tider, gylden standard og demokratisering af medicinen" i K. Thorgaard mfl. (red.) *Viden, virkning og virke*, Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- US Department of Health and Human Services (2009): *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings*, US: OAS.
- Watson, J. (1914): *Behavior*, New York: Holt.
- WHO (2003): *Mental Health Context*, Geneva: World Health Organization.
- Williams, C. J. (2001): *Overcoming Depression: A Five Areas Approach*, London: Arnold.
- Wolpe, J. (1954): "Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects", *American Archives of Neurological Psychiatry*, vo. 72, 205-226.