

Forskjellige paradigmer

– ulike tilnærminger i behandling

Av Daan van Baalen

I denne artikkelen argumenteres det for at den legevitenskapelige tilnærmingen tilhører et annet paradigme enn den gestaltterapeutiske, og hvilke konsekvenser dette kan få for behandling. Det er en kort beskrivelse av paradigmebegrepet med henvisning til forskjellige teoretikere, videre beskrives den legevitenskapelige og gestaltterapeutiske tilnærmingen med bakgrunn i forfatterens egen erfaring med begge tilnærmingene. Artikkelen er fagfellevurdert.

NØKKELOORD: *Medisin, gestaltterapi, paradigme, diagnosesystem, erfaringsbaserte læringsmodeller*

Innledning

Fra min tidligere praksis som lege har jeg erfart at en legevitenskapelig tilnærming til behandling av pasienter var utilstrekkelig, og at det å blande en legevitenskapelig og gestaltterapeutisk tilnærming også var uheldig. Disse erfaringene har dannet bakgrunn for en engasjerende og frustrerende prosess i forhold til å utforske og klargjøre hvordan disse tilnærmingene er forskjellige, og konsekvenser av dette i mitt forskningsmessige og profesjonelle arbeid som lege og gestaltterapeut over en periode på snart førti år.

I denne artikkelen argumenterer jeg for at den legevitenskapelige tilnærmingen til behandling, og den gestaltterapeutiske, tilhører to forskjellige paradigmer eller kulturer, og hvilke konsekvenser dette har for behandling av mennesker, enten det

gjelder pasienter i det legevitenskapelige helsevesen, eller klienter som kommer i terapi hos en gestaltterapeut. Jeg hevder dessuten at det er behov for å skille mellom når gestaltterapeuter bør bruke en tilnærming basert på legevitenskap, og når de bør velge en gestaltterapeutisk tilnærming.

Jeg starter artikkelen med en drøftelse av begrepet paradigme. Deretter fortsetter jeg med en beskrivelse av min profesjonelle utvikling og erfaring, før jeg beskriver hvordan legevitenskapelige og gestaltterapeutiske tilnærminger kan bli sett som om de tilhører forskjellige paradigmer, og drøfter konsekvensene med begrensninger og muligheter.

Paradigme

Begrepet paradigme ble utformet av Kuhn, og defineres som «an universally recognized scientific achievement that, for a time, provide model problems and solutions for a community of researchers» (Kuhn, 1996, s.10). Kuhn sier videre at for medlemmer av en bestemt disiplin er dets paradigme så overbevisende at det blir som virkeligheten selv. Et slikt paradigme kan være ugjennomsiktig og skjuler muligheten for at det kan være andre, alternative paradigmer, gjemt bak. Han argumenterer for at rivaliserende paradigmer ikke er sammenlignbare. Han mener at et paradigme ikke kan forstås gjennom de konseptuelle rammene og terminologien fra et annet paradigme. Han kaller dette inkommensurabel. Kuhn kalte endring av paradigmer for paradigmeskifter, og påsto at slike skift kan være ganske dramatiske.

Popper (1975, s. 85 og s. 114) avviser at veksten av kunnskap alltid er dramatisk eller revolusjonerende, i den forstand at den nye teorien motsier den gamle ved å korrigere den. Han mener at det fortsatt er kontinuitet i teoriens endring, ved at den nye teorien bør forklare hvorfor den gamle teorien til en viss grad var vellykket. Kitcher (1993, s. 330) avviser også viktige komponenter i Kuhns oppfatning av vitenskap. Han hevder at konseptuelle endringer i vitenskap kan forstås som progressive og derfor ikke alltid er inkommensurabel.

Et eksempel på et paradigmeskifte var påstanden til Galileo Galilei om at solen var sentrum av universet i stedet for jorden. Denne påstanden var i hans tid så dramatisk og sjokkerende at han nesten ble halshugget. Han overlevde ved å nekte for hva han hadde sagt, og tilbrakte resten av sitt liv i husarrest. Galileos beskrivelse av universet kan forstås som et paradigmeskifte, det nye med solen som sentrum, og det gamle der jorden er sentrum.

Selv om diskusjon over viser at Kuhns ideer er omdiskuterte, velger jeg å bruke konseptet fordi det hjelper meg å tydeliggjøre forskjellene på legevitenskap og gestaltterapi som to forskjellige tilnærminger.

Personlig erfaring

Min yrkesidentitet var i utgangspunktet basert på stillingen som lege. Dette er en profesjon med klar autoritet, som blant annet kommer til uttrykk gjennom at «legen vet best». Etter min debut som allmennpraktiker, ble det tydelig for meg at dette ikke stemte. Yrket mitt som lege påberopte seg langt mer enn jeg var i stand til å fatte. Slik jeg så det, var pasientene mine like opptatt av helsen sin som jeg var, og jeg lot meg til stadighet imponere over måten de bar sin egen byrde og lidelse på. Jeg visste naturlig nok mye i kraft av mitt yrke, men pasientene hadde mye mer innsikt enn jeg forventet, og dette gjorde at jeg etter hvert ble tvunget til å redefinere min yrkesidentitet.

Bakgrunn

Jeg studerte medisin ved universitetet i Groningen i Nederland, og var ferdig utdannet lege i 1972. Som nyutdannet begynte jeg å jobbe som allmennlege i Rotterdams havnedistrikt. Klientene i denne praksisen bestod hovedsakelig av sosialklienter: dårlig integrerte innvandrere, prostituerte, narkomane og kriminelle. Her ble jeg konfrontert med masse sosial lidelse. Knappt noen av pasientene kom for konsultasjoner hvor den vitenskapelige modellen som jeg hadde lært på medisinstudiene kunne brukes.

Når modellen ikke kan brukes

Den medisinske disiplinen ga meg mulighet til å beskrive en sykdom, men den sosiale nød og lidelse jeg møtte var ikke å finne i noe medisinsk oppslagsverk. Det fantes ikke muligheter for å avdekke hvordan sykdommer oppstår, forbygges eller en mulig behandling, ei heller noen mulighet for å forutse sykdomsforløpet. Ut ifra mine generelle personlige verdier så jeg samtidig at pasientene jeg forholdt meg til var sosialt dysfunksjonelle, og jeg innså at verken oppdragelsen min eller min medisinske utdanning hadde forberedt meg på møtet med disse menneskene. Situasjonen jeg skulle fungere som lege innenfor, gjorde meg til en «dysfunksjonell lege». I mitt forsøk på å forstå pasientene og lokalsamfunnet brukte jeg feilaktige legevitenskapelige konsepter og verktøy. Jeg diagnostiserte psykiske forstyrrelser ifølge klassifiseringsystemer som DSM 4, hos pasienter med relativt normale reaksjoner på ekstreme situasjoner. Jeg koblet syndromer, som er beskrivelser av en samling av tegn, symptomer og sykdommer, uten at det var mulig å påvise en funksjonell enhet og sammenheng, forebygge eller behandle. Jeg var ikke klar over at denne kobling har svake sider, spesielt i psykopatologi. Haves et al. (1996) påstår

at, etter ca 100 år med klassifiseringsarbeide av syndromer, så er det nesten ingen psykiske syndromer koblet til sykdommer som klart kan påvises, forebygges og behandles.

Det var selvfølgelig også enkelte pasienter som led av legevitenskapelige definerbare årsaker der jeg kunne diagnostisere og behandle, og de kom sjelden tilbake. Men pasientene som jeg opplevde meg dysfunksjonell sammen med, kom tilbake gang etter gang.

Erfaringsbaserte læring – en ny start

Jeg følte meg fullstendig inkompetent med min legevitenskapelige bakgrunn, noe som gjorde at jeg ønsket å endre måten jeg praktiserte på. Jeg ville videreutvikle min kompetanse, og var fascinert av ulike erfaringsbaserte læringsmodeller. Eksempler på erfaringsbaserte læringsmodeller er Dewey, som skriver:

To learn from experience is to make a backward and forward connection between what we do to things and what we enjoy or suffer from things in consequence. Under conditions, doing becomes trying: an experiment with the world to find what it is like; the undergoing becomes instruction-discovery of things. (Dewey, 1964, s.140)

Brown (1971, s.19), siterer Judah ha-Nasi: «Only learning that is enjoyed will be learned well». Jeg følte meg alene og mislikte situasjonen min, og det førte til at jeg ikke kunne lære på den måten Dewey og Judah ha-Nasi beskrev. For å være mindre alene, og med håp om å kunne bli mer tilfreds i mitt arbeid, åpnet jeg det første, nederlandske helsesenteret¹ sammen med tre andre leger, to sykepleiere, en sosionom og to medisinske assistenter.

Mitt første møte med gestaltterapi

Ved helsesenteret bestemte vi oss for å oppsøke hjelp for å forebygge eventuelle uenigheter. Vi inviterte derfor engestaltterapeut til å veilede oss jevnlig. Dette var mitt første møte med gestaltterapi, og gjennom den fant jeg måter å forholde meg til pasientene på, som med en gang føltet nyttig. Gestaltterapiens «her og nå»-fokus (Perls et al., 1951) gjorde det mulig for meg å kommunisere med sosialklienter og forstyrrete personer. For å lære mer om kommunikasjon og relasjoner begynte jeg

¹Et samarbeid mellom fastlege, sykepleier, sosionomer, fysioterapeuter og helsesekretærer.

selv i terapi, og gjennom terapiarbeidet ble jeg kjent med nye måter å forholde meg til klienter på.

Dialogen med pasienten ble mer basert på *awareness* (Perls et al., 1951). Jeg var mer oppmerksom på mitt forhold med pasientene enn på patologi, og på å få svar på hva som var galt. Dialogen var forløsende både for pasientene og meg – og på den måten ble vi partnere i en likeverdig samtale.

Nødvendige avgrensninger

Starten på min karriere var altså preget av at jeg forholdt meg til to vidt forskjellige tilnærminger eller paradigmer, den medisinske og den gestaltterapeutiske. Jeg var på den tiden ikke klar over hvilke fundamentalt forskjellige epistemologier de to paradigmene representerte, og dette gjorde at jeg slet i praksis. Jeg gjorde for eksempel pusteøvelser med en pasient som slet med pusten, i den tro at det ville hjelpe pasienten som befant seg i en stressende livssituasjon. Dagen etter fant jeg ut at pasienten hadde lungebetennelse. På den annen side skrev jeg ut anti-depressive medikamenter til en pasient i sorg etter et dødsfall, som om sorgen var en sykdom, og ikke en kreativ tilpasning (Perls et al., 1951 s. 6). Senere gjorde jeg gestaltarbeid med pasienten, med bedre hell. Disse erfaringene gjorde det klart for meg at det er helt nødvendig med tydelige avgrensninger mellom de to tilnærmingene.

Undervisning og forskning

Etter hvert begynte jeg, i tillegg til min legestilling, å undervise i gestaltterapi på et nederlandsk/belgisk gestaltinstitutt. Gjennom dette arbeidet ble jeg opptatt av gestaltteori og metode, og utviklet undervisningsprogrammer for instituttet.

Noen år senere sluttet jeg som allmennpraktiker, og begynte som universitetslektor og forsker ved universitetet i Rotterdam. Fokuset for undervisningen og forskningen ved universitetet, var teoretisk evaluering av praksis med kroniske sykdommer og psykoterapi (van Baalen 1987), akkurat det området jeg tidligere hadde slitt med i praksis, og som fascinerte meg.

All min kontinuerlige utprøving i klinisk praksis og undervisning ga meg etter hvert en dypere forståelse av gestaltterapi og legevitenenskap som to tilnærminger innenfor forskjellige paradigmer. Jeg måtte gi slipp på min tidligere strategi om å integrere dem, for på den måten å kunne skape en egnet arena for gestaltterapien. Denne forståelsen kom gradvis til meg, og i stedet for å bli skuffet ble jeg klar over at det å skille klart mellom de to tilnærmingene tydeliggjorde hva medisin og

gestaltterapi kunne tilby hver for seg. Jeg ble oppmerksom på at begge har sine muligheter, så vel som begrensninger. De kan utfylle hverandre, og de kan benyttes på bakgrunn av hva som er til det beste for pasienter og klienter.

Forskjellig utgangspunkt

Positivism er betegnelse for en vitenskapelig tilnæringsmåte som fremhever den menneskelige erkjennelsens sansbare, empiriske eller erfaringsmessige grunnlag.

Positivismens filosofi var tesen om at moralske og andre verdiutsagn var non-kognitive og dermed hinsides fornuftens rekkevidde («Positivism» 2013).

Kvale S. (2002, s. 26) mener at: «positivismen betraktet samfunnsvitenskapen som naturvitenskap, grunnlagt på objektive, kvantifiserbare data, hvor en av målsetningene var forutsigelse og kontroll av andres atferd».

Nerheim (1995) analyserer det vitenskapelige (positivistiske) paradigmet som har vært rådende i møtet mellom helsepersonalet og pasienten og mener at legevitenskap er delvis basert på objektive, kvantifiserbare data.

Legeutdanningen min var basert på denne positivistiske tilnæringsmåten og skulle være grunnlaget på ovennevnte objektive, kvantifiserbare data som innebar:

- Læren om, påvise, forebygge og behandle. Ellers deskriptiv-, etiologisk-, diagnose, terapi, prognose og forebygging
- *Patologi*, som er en unormal forfatning eller biologisk tilstand hvor optimal funksjon er forhindret, eller en organisk dysfunksjon eller sykdom
- *Psykopatologi*, studiet av mentale sykdommer eller mentale bekymringer
- *Nosologi*, som er en systematisk beskrivelse og klassifisering av sykdommer hvor et system benyttes for å studere patologiske fenomener
- Utgangspunktet for det legevitenskapelige er altså å lete etter hva som er galt, og å lete etter sykdommen, mens handlingen for det gestaltiske er å tydeliggjøre det som er

Mer konkret kan man si at den medisinske modellen

- jobber ut fra å finne ut hva som er galt, for å kunne gi mulig behandling og prognose
- har en innebygd forutsetning om at å bli bedre, og å føle tilfredsstillelse, tar tid

Relativisme er betegnelse for en vitenskapelig tilnæringsmåte som fremhever organisering av de menneskelige situasjoner. Enhver teori kan kalles relativistisk som hevder at noe eksisterer, har visse egenskaper eller er sant eller gyldig bare i

forhold til noe annet, og ikke som sådan. («Relativisme» 2013)

For gestalttilnærmingen er utgangspunktet å bli oppmerksom på «det som er»:

- fenomenologi, hvor selve fenomenet er å erfare mening og forståelse
- «loven om Prägnanz²» (Wulf, 1938, s. 148), hvor enhver organisering av adferd blir så god som mulig i den gitte situasjonen
- at overnevnte organisering alltid skjer nå
- at samhandlingen mellom person og omgivelse er det sentrale for å intervensere adekvat.

Lewins feltteori (1952) og hans idé om livsrom (life space) hjelper utøvere av endring med å starte analysen i situasjonen, eller i feltet, med andre ord i det livet som utøveren er en del av. Perls et al. sier at: «Experience occurs at the *contact* (mitt tillegg) *boundary between the organism and its environment [...]*» (1951, s. XVI). Dette betyr at det essensielle for vårt psykoterapeutiske virke er samspillet med klientens egen verden. Det betyr videre at gestaltterapeuten definerer personlige problemer som noe som oppstår i og mellom personen og hans verden (Wilber, 1995, s. 193; Wertheim, 1938). Denne gjensidige utvekslingen mellom et menneske og det miljøet han forholder seg til over en gitt tidsperiode, er det Wollants (2007, s. 9–10) kaller «situasjonen». Min utfordring som lege, var nettopp å være en del av denne «pasient–doktor»-situasjonen. Jeg måtte konkret lære å:

- Respektere mine pasienters lidelser eller oppfatte «vår» (situasjonens) lidelse på best mulig måte.
- Bli del av situasjonen og la lidelsene komme til uttrykk «her og nå».
- Forstå at lidelsen som kommer til uttrykk, er selve endringen.
- Tydeliggjøre hva som er.
- Øke oppmerksomheten på situasjonen mellom klient og terapeut.
- Se hva som behøves i situasjonen som vi er en del av.

Dette gir mening i forhold til *den paradoksale endringsteorien* til Beisser (1970, s. 87) Han hevder at «Change occurs when one becomes what he is, not when he tries to become what he is not».

Hvis vi utvider «han» til «vi», blir det på norsk: «Endring oppstår når vi blir hva vi er». Vi (situasjonen) kan erfare at smerten som oppleves, kan endres når vi ikke forsøker å være noe vi ikke er. For å oppnå dette er det viktig å presisere følgende: Terapi og endring er i denne sammenheng ikke plassert i en tidssekvens, men

2 Jeg bruker det tyske ord Prägnanz, fordi direkte oversettelse til norsk bare skaper forvirring.

skjer *her og nå*. Dette er stikk i strid med det medisinske paradigmet, hvor legen forsøker å finne ut hva som er galt eller unormalt ved individet, og hvor behandlingen kommer etter at diagnosen er satt.

Jeg mener at den legevitenskapelige tilnærmingen tilhører det paradigmet som ser på klienten som et objekt, et objekt som ikke er påvirkelig av den som utforsker objektet.

Gestaltterapi tilhører det paradigmet hvor klienten og terapeuten er subjekt for hverandre; klient og terapeut påvirkes gjensidig. Gestaltterapi er en relasjonell subjekt-subjekt terapiform som Vygotsky kaller intersubjektiv. Vygotsky (1981, s. 164) beskriver intersubjektivitet som en situasjon hvor et fenomen oppleves personlig av mer enn ett subjekt, og hvor subjektene gjensidig påvirker hverandres opplevelse.

Yontef sier det samme litt annerledes når han skriver:

Gestalt therapy is systematically relational in its underlying theory and methodology. A relational perspective is so central to the theory of Gestalt therapy that without it there is no coherent core of Gestalt therapy theory or practice. (Yontef, 2002, s. 15–35)

Forskjellige måter å kontakte på

En konsekvens av disse to ulike paradigmene, er at legen og gestaltterapeuten kontakter sine pasienter og klienter på ulikt vis. Legen kontakter pasienten via pasientens sykdomshistorie, i form av en strukturert dialog: legen stiller spørsmål, og pasienten svarer. Legen ser etter sammenhenger mellom pasientens syke historie og hans aktuelle plager eller lidelser. Det første spørsmålet er: «Hva er grunnen til at du er her?» Så kan pasienten forklare eller beskrive hva slags plager som har fått ham til å oppsøke legen. Hvis nødvendig, kan legen deretter stille mer spesifikke spørsmål, som: «Hvor lenge har du hatt det sånn?», «Hvordan startet det?» eller «Hvor i kroppen sitter smerten/ubehaget?»

Etter dette kartlegges den funksjonelle sammenheng mellom syndrom og sykdom videre, ved å systematisk stille spørsmål relatert til de forskjellige organsystemene. Så følger en fysisk undersøkelse, først med fokus på det pasienten konkret klager over, og så med fokus på de forskjellige organsystemene. Ved behov utføres også laborietester, bakteriologiske tester og røntgenundersøkelse.

Det legen gjør er å kontakte ved direkte spørsmål: Han/hun stiller spørsmål for å komme frem til en diagnose og eliminere det som ikke er relevant for diagnosen.

Legen forsøker med dette å bekrefte om noe er unormalt og å finne en biologisk tilstand som er grunnen til at pasientens optimale funksjonsevne er hemmet.

Gestaltterapeuten kontakter annerledes. Vi skal her ta omveien om begrepet «kreativ tilpasning». Perls et al. (1951, s.156) sier: «All contact is creative adjustment of the organism and environment». Jeg oversetter «organism and environment» med «situasjonen klient og terapeut». Perls et al. beskriver fire stadier av kontakt. Gestaltterapeuten er opptatt av alle stadiene av kontakt, eller den kreative tilpasningen, i en situasjon som klient og terapeut er del av. Hver kreativ tilpasning er, ifølge loven om Prägnanz, alltid så god og enkel som mulig i den gitte situasjonen. Situasjonen organiserer seg alltid optimalt. Og ifølge Perls (1947, s. 93), rommes både fortiden og nåtiden i situasjonen «her og nå».

Denne forskjellige måten å kontakte på glemmer jeg lett når en klient kommer til meg med en psykiatrisk diagnose. Klientens psykiatriske diagnose gjør at jeg ser etter det som kan påvises, forebygges og behandles, og at jeg leter etter hva som er feil, i stedet for å tenke at de kreativt tilpasser seg sin situasjon best mulig.

Et eksempel

Jeg har hatt flere klienter i terapi med diagnosen bi-polar lidelse. Når de fortalte meg at de hadde denne diagnosen var det vanskelig ikke å tenke legevitenskapelig. Det tok oppmerksomhet og tålmodighet for å se at min legekunnskap var i veien for å kunne bruke en gestaltisk eller fenomenologisk tilnærming. Med en av klientene mine kunne jeg en dag oppfatte at hun var «opp eller ned» i kropp og stemning. Jeg ga denne observasjonen til klienten ved å beskrive hva jeg så fenomenologisk. Videre utforsket vi hvordan hun kunne bli oppmerksom på når hun var «opp» eller «ned» og hvordan hun kunne styre «opp» eller «ned» etter behov. Dette var en endring i terapien som ga klienten mer styring over hennes stemning.

Konklusjon

I denne artikkelen har jeg vist at det er nødvendig å skille mellom en legevitenskapelig og en gestaltterapeutisk tilnærming i teori og i praksis, og at de tilhører to forskjellige paradigmer. Jeg har brukt begrepet paradigme for å tydeliggjøre hvordan den legevitenskapelige tilnærmingen kan være så overbevisende at den blir som virkeligheten selv, og med det skjuler muligheten for alternative tilnærminger. Min egen historie er et godt bilde på dette, og viser at det er mulig å komme videre slik at begge tilnærmningene kan komplementere hverandre. Videre har jeg beskrevet at en lege og en gestaltterapeut benytter forskjellige måter å kontakte eller snakke

sammen på, at fokuset hos legen er på det som er feil eller sykt hos et individ, og hos gestaltterapeuten på det som er en kreativ tilpasning og på hva som figurer i situasjonen mellom terapeut og klient.

For å unngå feilaktig behandling, basert på mangel av innsikt i paradigmen og differensiering mellom en legevitenskapelig og en gestaltterapeutisk tilnærming, er det nødvendig at gestaltterapeuten er klar over egen disiplin og avgrensing mot det legevitenskapelige. Dette kan medvirke til at gestaltterapeuter i sitt samarbeide med medisinsk helsepersonell er bevisst hvilke paradigmer de referer til, og kan velge en dialog som er mest hensiktsmessig for klienten/pasienten. Dette innebærer at leger og terapeuter skaffer seg økt kunnskap om begge paradigmen, og utvikler sitt eget fagområde, slik at de kan bli mer bevisste på hvordan de vurderer muligheter og lidelse som de ser mellom seg og klienten. Jeg håper at jeg med denne artikkelen kan være med på å bidra til et bedre samarbeide mellom leger og gestaltterapeuter, og har vist at det er viktig å oversette fra det ene paradigmet til det andre, slik som Kitcher (1993, s. 330) foreslo.

Litteraturliste

- Beisser A.R. (1970). Paradoxical Theory of Change. I J. Fagan & I. L. Shepherd (Red.), *Gestalt Therapy Now* (s. 77-80), Harper Colophon Book. Senere trykt i (2001) *The Gestalt Journal Vol. 24* (2).
- Brown G. (1971). *Human Teaching for Human Learning. An Introduction to Confluent Education*. Viking press.
- Dewey J. (1964). *Democracy and education*. Macmillan.
- Goodman P. (1960). *Growing Up Absurd*. Mass Market Paperback.
- Haves C. et al. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Kitcher P. (1993). The Social Dimensions of Scientific Knowledge. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2013 Edition).
- Kuhn T. S. (1996). *The Structure of Scientific Revolutions* (3. utg). University of Chicago Press.
- Kvale S. (2002). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Lewin K. (1952). *Field Theory in Social Science*. Tavistock Publications Limited.
- Nerheim H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon. Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Universitetsforlaget.
- Perls F. (1947). *Ego, Hunger and Aggression*. The University of Chicago Press.
- Perls F., Hefferline R., and Goodman P. (1951). *Gestalt Therapy*. Julian Press.
- Popper K. (1975). *Objective Knowledge*, Oxford University Press.
- Positivism (2013, 27. februar). *Store norske leksikon*. <http://snl.no/positivisme/vitenskapsfilosofi>
- Relativisme (2013, 27. februar). *Store norske leksikon*. <http://snl.no/relativisme/vitenskapsfilosofi>

- van Baalen D., Vries de M. (1987). *Spontaneous Regression of Cancer. A Clinical, Pathological and Psychosocial Study*. Department of General Pathology, Medical Faculty of the Erasmus University.
- Vygotsky L. (1981). The Genesis of Higher Mental Functions. I J. Wertsch (Red.), *The concepts of activity in Soviet psychology* (s. 144–148). Sharpe.
- Wertheimer M. (1938). Gestalt Theory. I W.D. Ellis, *A Source Book of Gestalt Psychology* (s. 1–11), Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Wilber K. (1995). *Sex, Ecology, Spirituality*. Shambhala.
- Wollants G. (2007). *Gestalt Therapy. Therapy of the situation*. Faculteit voor Mens en Samenleving.
- Wulf F. (1938). Tendencies in Figural Variation. I W.D. Ellis, *A Source Book of Gestalt Psychology* (s. 136–148). Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Yontef G. (2002). The Relational Attitude in Gestalt Therapy Theory and Practice. *International Gestalt Journal*, 25(1), 15–35.