

Geir Ø. Skauli:

Evidensbasert praksis i familievernet

En litteraturgjennomgang av
forskning på parterapi



Bufetat

Familievernets skriftserie

Det er et sentralt mål for Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) å skaffe seg, vedlikeholde og videreutvikle riktig kompetanse, til beste for de barn og familier som våre virksomheter gir støtte til.

Som en høykompetent del av vår etat har familievernet gjennom sine vel 50 år arbeidet kontinuerlig med sin faglige utvikling. I Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har vi vært opptatt av å videreføre denne utviklingen. Som et ledd i kompetansearbeidet lanserer Bufdir i år en faglig skriftserie for familievernet. Det er en glede å kunne introdusere skriftseriens første nummer, som er en litteraturgjennomgang av forskning på parterapi. Her er vi midt i tjenestens kjerneområde. Gjennomgangen er et ledd i familievernets arbeid med brukerrettet kvalitetsutvikling, og er utarbeidet av psykolog Geir Ø. Skauli. Han har tidligere vært leder av Grenland familiekontor, vært avdelingsdirektør for familievern i Bufetat region sør og prosjektleder i Bufdir. Han arbeider nå som psykolog i Larvik kommune. Geir Skauli fortjener en stor takk.

Jeg tror litteraturgjennomgangen vil være et viktig innspill til fortsatte faglige refleksjoner i familievernet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
juni 2009



Ann-Marit Sæbønes
Direktør

**Utgitt av Barne-, ungdoms-
og familiedirektoratet (Bufdir).**

Redaktør Berger J. Hareide.

Juni 2009.

ISBN 978-82-998122-0-7

Opplag 800.

Design og produksjon Advord grafisk (?).

Foto: Scanpix

Innhold

Forord	2
1. Sammendrag	3
2. Innledning: Familieterapi i Norge	4
Familievernet	5
Kunnskapssyn	6
Evidensbasert praksis	8
3. Bruerkunnskap	9
Kunnskap om brukerne	10
Kunnskap fra brukerne	10
4. Erfaringskunnskap	12
5. Empirisk kunnskap	15
Mekling og foreldresamarbeid	15
Utadrettet virksomhet	16
Parbehandling	16
Kartlegging	17
Resultater	20
Empirisk validerte metoder for parbehandling	22
Empirisk validert parterapi for spesifikke problemer	24
Empirisk validert familieterapi	25
Empirisk validerte fellesfaktorer	25
Empirisk validerte endringsprinsipper	28
Hva nå?	29
6. Forbedringsmuligheter	31
Brukertilfredshetsundersøkelser	32
Evidensstøttede metoder	33
Faglige retningslinjer for behandling	33
Felles beslutningstaking	33
Tilbakemelding i klinisk praksis	35
Rutinemessig tilbakemelding i klientsamtaler	37
7. Konklusjon	39
Referanser	42

Forord

Dette dokumentet er utarbeidet som ledd i arbeidet med å utvikle et system for brukerrettet kvalitetsutvikling innen familieverntjenesten. I Bufetat skal de grunnleggende verdiene *respekt, åpenhet og deltakelse* gjenspeiles i det faglige arbeidet. Da staten overtok forvaltningsansvaret for familievernet og barnevernet i 2004 pekte strategidokumentene på behovet for å sikre *riktig kvalitet i alle ledd* og på at *brukermedvirkning* skal være et bærende prinsipp. Målet er å bedre resultatene. Forbedringsarbeid med vekt på brukernes perspektiv er også nedfelt i årlige styringsdokumenter.

Familieterapiens teoretiske ståsted har i stor grad vært preget av et sosialkonstruksjonistisk kunnskapssyn som har stått i motsetning til det positivistisk vitenskapelige. Ulik epistemologi og ulikt fokus kan være en grunn til at forskning ikke blir oppfattet så nyttig for praksis (se Cooper 2007). Det er et håp at denne oppsummeringen av empirisk kunnskap kan bidra til å vise at *også* forskningskunnskap kan bidra til den terapeutiske samtalen og til terapeutisk endring selv for terapeuter innen bl.a. løsningsorienterte, systemiske eller narrative praksiser. Det er ikke noen intensjon at den refererte kunnskapen skal *erstatte* den store erfaringsbaserte eller kvalitative kunnskapen som finnes innen par- og familieterapi. Men det er et håp om at litteraturlisten kan inspirere og gi mulighet for at leseren lettere kan finne fram til forskningsbasert litteratur som kan være anvendelig i praksisfeltet. Både Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern (www.nbbf.no) og Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no) er gode inngangsporter til å finne den refererte litteraturen innen emnet. Herfra er det også adgang til elektroniske versjoner av nye utgaver av sentrale tidsskrifter innen feltet.

I første del av rapporten gis det en kortfattet oversikt over familievernfeltets historikk og arbeidsområder, knyttet både til faglig forståelse og innhold. Videre presenteres et syn på kunnskap og evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis som danner grunnlag for de følgende deler av rapporten. Brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap omtales i de neste delene for å understreke deres viktige plass i en evidensbasert praksis. Parterapi er et kjerneområde for familievernet. Mekling, utadrettet virksomhet og familieterapi er omtalt, men hovedvekten i denne rapporten er lagt på empirisk kunnskap om *resultater og forbedringsmuligheter* i parterapi spesielt.

Kunnskap har mange ansikter, og litteraturomfanget er enormt. Olav H. Hauges ord kan derfor være en god innledning til dette arbeidet:

*Kom ikkje med heile sanningi,
kom ikkje med havet for min tørste,
kom ikkje med himmelen når eg bed om ljøs,
men kom med ein glimt, ei dogg, eit fjom,
slik fuglane ber med seg vassdropar frå lauget
og vinden eit korn av salt*

Fra På ørnetuva 1961

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet,
mai 2009

Geir Ø. Skauli

1. Sammendrag

Som et grunnlag for å etablere kunnskapsbaserte kvalitetsforbedringssystemer i familievernet er det gjort en gjennomgang av relevant norsk og internasjonal litteratur. Gjennomgangen er konsentrert om parbehandling og forbedringmuligheter. Behandling av samlivs- og familievansker har et potensial både for å bedre individuell psykisk helse og å forebygge negativ utvikling hos barn, og kan dermed være samfunnsmessig lønnsomt.

Både i randomiserte kliniske forsøk og i naturalistiske sammenhenger er det dokumentert gode resultater av parterapi. Behandlingseffekten er fullt på linje med annen behandling innen psykisk helse. Det finnes flere evidensbaserte metoder for parterapi, men eklektisk/integrativ behandling har også god støtte fra forskningen. Terapeutiske fellesfaktorer som den terapeutiske relasjon, klientenes forventninger og håp og enighet om mål/metode er viktig for et godt

resultat. I parterapi er det spesielle utfordringer knyttet til å etablere og bevare en god relasjon til flere klienter samtidig, særlig siden disse kan ha ulike endringsteorier og preferanser for behandling.

For forbedring av kvaliteten på klinisk arbeid med par/familier trekkes fortløpende monitorering av klientenes vurdering av behandlingsprosess og behandlingsresultat fram som den mest lovende metoden. Dette forankrer bl.a. forbedringsarbeidet i den kliniske situasjonen, og har forskningsdekning også fra norsk parterapi.

For å arbeide kunnskapsbasert med par og familier er det forutsatt at praksis bygger på både forskning, klinisk erfaring og på brukernes preferanser og perspektiv. En modell for prosessen i en kunnskapsbasert behandling blir presentert.

2. Innledning: Familieterapi i Norge

Velfungerende nære familierelasjoner, og spesielt kjærlighetsforhold, er forbundet med livskvalitet, god helse og toleranse for stress og kriser (se f. eks Johnson 2005a). Tilsvarende er negative nære relasjoner forbundet med risiko både for den mentale og fysiske helsen. De fleste går gjennom kritiske perioder i livet der det er mulighet for positiv utvikling, men der det også er fare for utvikling av u håndterlige problemer for en eller flere i familien. Familieterapi utøves både i kommunebaserte tjenester og i spesialisttjenestene innenfor helse- og sosialfeltet, i tillegg til hos private aktører. Helse- og sosialtjenester for barn og unge vil på en eller annen måte hevde at de har et familieperspektiv. Også stadig flere tjenester for voksne (rus, psykisk helsevern, behandling av kronisk og alvorlig sykdom) inkluderer familiesystemet som en del av behandlingstankegangen. Dette betyr likevel ikke at familien i tilstrekkelig grad blir inkludert i behandlingspraksisen. Familievernet har vært en av de faglige basene for familieterapifeltet i Norge. Når problemer utvikles i et parforhold, innebærer det fare for skjevutvikling hos barn enten paret holder sammen eller går fra hverandre (se f. eks Gottman 1999; Halford 2006; Goeke-Morey, Cummings & Papp 2007). Mange som har samlivsproblemer har perioder med sykmelding fra arbeidet (Thuen 2003). Samlivsbrudd er derfor kostbart for den enkeltes mentale helse, for barn og for samfunnet.

Familieterapifeltet har vært opptatt av debatten om modernisme/postmodernisme og har dermed også vært aktive deltakere i debatten om vitenskapelig metode. Norsk familieterapi er grunnfestet i en systemisk tenkning og ofte i en sosialkonstruksjonistisk erkjennelsesteori. Kvalitativ forskning og erfaringskunnskap med vekt på det subjektive og med terapeuten som deltaker (terapiintern kunnskap) har derfor vært viktig i familieterapi. Familieterapi innebærer å forholde seg til ulike virkelighetsforståelser. Rolf Sundet (2006) kritiserer bruken av en erkjennelsesteori som til dels har avvist eksistensen av erkjennelse av en virkelighet, i stedet for å slå fast at terapeuten og klientens virkelighet er ulike. Den systemiske/narrative tradisjonen har vist seg å gi klinisk mening, men har lagt mer vekt på anekdotisk kunnskap enn på de dokumenterte effektene (se Asen 2002).

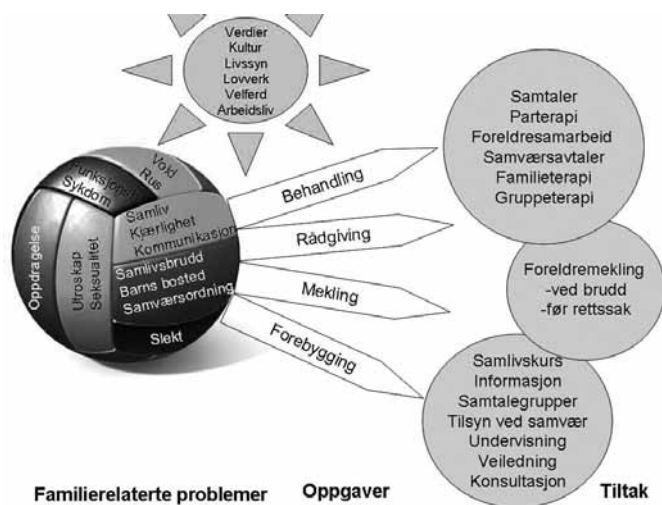
I de senere år har tradisjonell empirisk kunnskap blitt foreslått tatt i bruk på nytt også i familieterapien, både av etiske, faglige og samfunnsmessige grunner

(Mæhle 2005; Johnsen 2007; Solem, Tilden & Thuen 2008). Det er mulig å se empirisk, vitenskapelig kunnskap ("terapiekstern" kunnskap) som et tilfang for terapeuter mer enn et problem (Williams, Patterson & Miller 2006). Holth (2002) hevder at all kunnskap kan misbrukes, men at det ikke er godt gjort at kvantitativ kunnskap misbrukes i større grad enn kvalitativ kunnskap. Problemet ligger i så fall i den objektive sannhetsstatus noen *tillegger* forskning gjennom at diagnoser og begreper (selv, temperament, psykopat etc.) omtales som virkelig eksisterende og ikke lenger behandles som de abstrakte begrepene de er (reifikasjon). Ved "å ta empirien med en klype salt" (Solem 2000; 2002) når man leser og tolker forskningsdata får terapeuten, utover sitt kliniske øye og brukers stemme, enda ett perspektiv på sin praksis. Kunnskapssenteret for helsetjenesten har utviklet sjekklister for vurdering av både kvalitativ forskning og av randomiserte studier (www.kunnskapssenteret.no). Det kan argumenteres for kombinasjoner av tradisjonelle kvantitative og kvalitative metoder (for eksempel narrative metoder) i forskning innenfor familievernet (se Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2007).

Familieterapifeltet har fra starten i 70-årene vært sterkt internasjonalt orientert og har hatt mye erfaringsutveksling med andre land. Klinikere, forskere, teoretikere og innovatører fra Europa, Nord-Amerika og Oseania har besøkt norske terapeuter, konferanser, seminarer og læresteder i flere tiår. Tilsvarende har norske fagfolk hospitert, deltatt og presentert i utenlandske og internasjonale sammenhenger. Internasjonalt er det mest kjente norske bidraget til familieterapifeltet Tom Andersens reflekterende team (se Eliassen & Seikkula 2006). Rolf Sundet argumenterer her for at feltet bør innta en "empirisk holdning" der ulike forskningsperspektiver utfyller hverandre. Flåm (2008) gir eksempler på hvordan praksisnær forskning kan gjennomføres i travle hverdager, men advarer samtidig mot at praksisforankret forskning ikke er synonymt med at den er relevant for praksis. Familieterapifeltet er i stadig utvikling, og Norge ser ut til å henge godt med. I forbindelse med oversettelse av en norsk fagbok (Johnsen, Sundet & Torsteinsson 2000) til engelsk ble norsk familieterapi omtalt slik: "Where is the next centre of energy in family therapy to be found? Following the hot spots in North America, Italy, Australia and New Zealand I would like to believe, on the evidence of this work, that Norway may be a good place to look." (Pocock 2006)

Familievernet

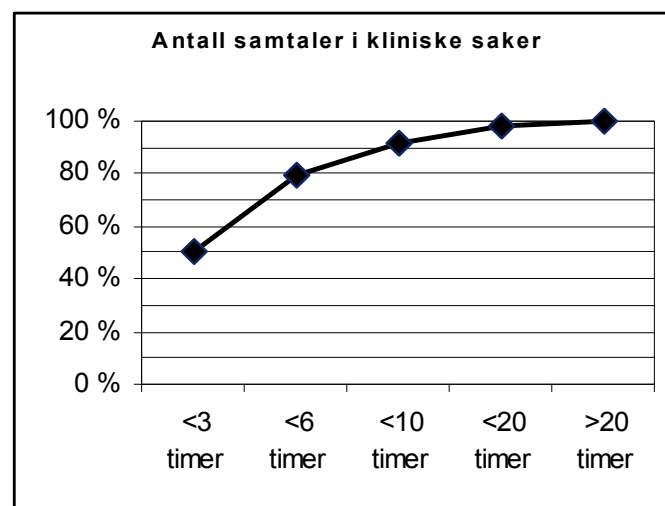
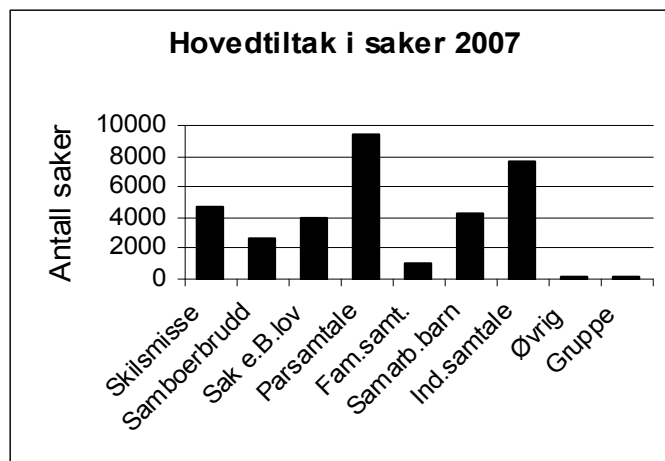
På slutten av 1950-tallet ble familierådgivningskontor etablert enkelte steder. Både innen offentlig sektor og i regi av kirken ble det bygget opp en landsomfattende tjeneste. Med utvikling av systemisk familieterapi ble fokus etter hvert flyttet vekk fra rådgiving og over på behandling/terapi. Det ble i større grad fokus på terapeuten(e)s intervensjoner som redskap til å skape "annen ordens" forandring. Familievernet utgjør også stammen i meklingskorpset etter at mekling om barn ble gjort obligatorisk i 1993. Fra 1998 ble familievernkontorene lovhjemlet som en spesialtjeneste for familierelaterte problemer. "Familievernkontorene skal gi et tilbud om behandling og rådgiving der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernkontorene skal foreta mekling etter lov om ekteskap § 26 og barneloven § 51. Familievernkontorene bør også drive utadrettet virksomhet om familierelaterte tema. Dette kan bestå av veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og publikum" (§1 i Lov om familievernkontor 1998). Siden 2004 er det Bufetats regionkontorer som har ansvar for å planlegge, dimensjonere og organisere tjenesten.



Fagområdet omfatter ulike typer faglig aktivitet som kan kreve ulik tilnærming og kompetanse. Undervisning, kurs, rådgiving, mekling, veiledning og behandling kan sees som selvstendige fagfelt selv om de i utførelse og tematikk kan overlappe.

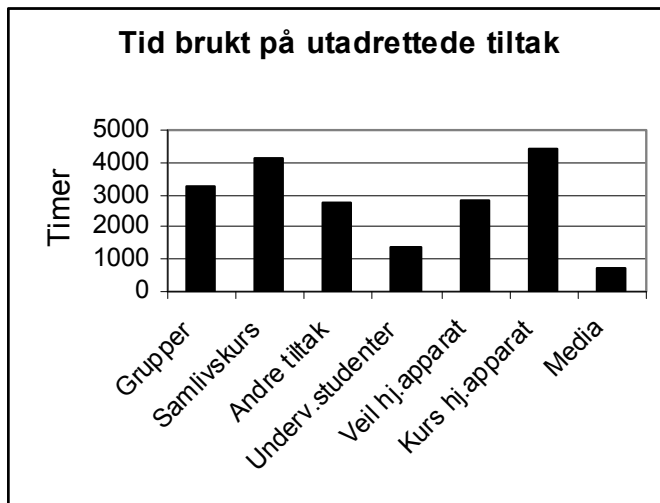
Familievernet arbeidet med mer enn 40 000 saker i 2007 (Statistisk sentralbyrå 2009). Statistikken viser videre (se figur) at behandling/rådgiving med par og familie er hovedtiltak i nesten en tredel av alle klientsaker (parterapi alene utgjør 27,4 prosent). Tilsvarende er nesten halvparten av sakene knyttet til samarbeid mellom foreldre etter brudd i samlivet (en

tredel av sakene er mekling og 12,4 prosent foreldresamarbeid). Noe overraskende er individuelle samtaler hovedtiltak i nesten en fjerdedel av sakene. Dette skyldes sannsynligvis at det i en del saker bare er den ene av parett/foreldrene som stiller til samtaler. Mange av de individuelle samtalene kan derfor ha et par- eller familieperspektiv på tross av at tiltaket bare omfatter en person. Fordelingen av antall samtaler på de ulike kategoriene vil sannsynlig være annerledes.



Endringsprosesser knyttet til samtalebehandling antas ofte å være ressurskrevende og ta lang tid. I familievernet er det ikke slik. Halvparten av sakene i 2006 (meklinger ikke medregnet) hadde tidsforbruk under to timer ved familievernkontoret. Hele 79,4 prosent av sakene hadde under seks timer og bare en av ti saker hadde mer enn ti timer. Selv om samtalene ofte spres ut over en lengre periode, er det altså kun et fåtall saker som har mange samtaler. I 2007 ble det gjort endringer i meklingsordningen, slik at antallet meklinger har økt mens antallet andre saker har gått noe ned (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) 2008a). Den nye meklingsordningen omfatter bare én obligatorisk meklingstime, men gir mulighet for inntil syv timers mekling. Dette har sannsynligvis bidratt til endring i tidsforbruket på meklinger, uten at

det ennå foreligger statistikk på dette. Rapporter tyder likevel på at en stor andel meklinger kun har den obligatoriske meklingstimen.



Ti prosent av tiden til faglig virksomhet er benyttet til utadrettede (ikke-klientrettede) aktiviteter. Denne aktiviteten omtales også som forebyggende arbeid eller relasjonsfremmende virksomhet. Mer enn en tredel av denne tiden er knyttet til undervisning og veiledning til hjelpeapparatet, og nesten en fjerdedel går til samlivskurs. Grupper, temakvelder, foreldremøter, kurs, mediaoppslag etc. rettet mot allmennheten eller mot spesielle grupper utgjør resten av det utadrettede arbeidet.

Familieverntjenesten omtales hyppig som en tjeneste med høy kompetanse. Siden mange av kontorene skal dekke disse ulike feltene med færre enn ti ansatte kreves det også en bred kompetanse. De fleste terapeutene i tjenesten har minst to-årig familierapeutisk videreutdanning i tillegg til tre- eller femårig grunnutdanning (hovedsakelig sosionomer og psykologer). Det er også mange med lang yrkeserfaring og lang tjeneste i familievernet.

Familievernet rapporterer i liten grad at det benyttes manualiserte behandlingsmetoder. I noen grad benyttes likevel spesifikke metoder slik som Korttidspsykoterapi fra Brief Therapy Institute, Gottmanmodellen, og Løsningsfokusert terapi. Den mest vanlige praksisen benevnes likevel systemisk tilnærming, eklektisk (som benytter teknikker og tilnærminger fra ulike retninger/metoder) eller narrativ praksis (se for eksempel Eliassen 2006). Selv om tjenesten også arbeider med mange alvorlige saker som bl.a. omfatter både sviktende omsorg, rus og vold, kan familievernets "motto" sies å være en *lavterskeltjeneste for vanlige folks vanlige problemer*.

Kunnskapssyn

Familie- og barnevernet i Norge skal være kunnskapsbasert. Det har helt siden 70-årene vært en faglig og filosofisk diskusjon om hva som konstituerer gyldig kunnskap. Denne debatten har i mange år vært en debatt der positivistisk empirisk forskning har stått mot konstruksjonistisk forståelse (se for eksempel Ekeland 2001). Familierapifeltet i Norge har som beskrevet over vært på den postmoderne siden. Steinar Kvale (1996) beskriver kursvalget slik: "På den ene side av det trange stredet venter uhyret Karybdis, som svelger hele skip med besetning. Her fanges terapeutiske forskere av spennende kasushistorier med terapeuten i helterollen. Der er sjelden noen metodisk refleksjon over hva som er basis i de gode historier, hvorledes de narrative strukturer anvendes eller gyldigheten av den viten som formidles i de underholdende historier. Oddyssevs forsøkte så hardt å unngå Karybdis at han kom for tett til den andre siden av det trange stredet, og her tok det sekshodete trollet Skylla seks av hans menn. Mange terapeutiske forskere forsøker så sterkt å skape distanse til de terapeutiske anekdoter at de fanges på den andre siden i en positivistisk tvangstrøye. Den levde personlige interaksjon i terapisituasjonen forsvinner i statistiske signifikanser innenfor en variabelpsykologi som sjelden frembringer egnet kunnskap om den mellommenneskelige relasjon i terapi" (s.31-32).

Det har i lang tid vært en bevegelse for å etablere et sett med evidensstøttede metoder innenfor både sosialt arbeid og psykisk helsearbeid – på linje med medisinske områder. Dette har ført til et sterkt fokus på randomiserte undersøkelser av pasienter med enkeltstående, spesifikke lidelser, og med manualiserte metoder (Jensen, Weersing, Hoagwood & Goldman 2005). På tross av de gode intensjonene er denne letingen etter evidensstøttede metoder blitt kritisert for å redusere kunnskapsbasis til en spesiell forskningsmetode (Walby 2003) og blitt beskyldt for å være eksempel på "mikrofasisme" (Holmes, Murray, Perron & Rail 2006). Først og fremst har dette gått på bekostning av klinisk erfaring og brukernes egne synspunkt, men har også ført til en urettmessig og ufornuftig nedvurdering av andre forskningsdesign og -metoder. En ironisk artikkel i British Medical Journal fastslår at siden det ikke er gjort randomiserte kontrollerte studier som dokumenterer at fallskjerm er effektivt for å hindre 'traumer relatert til gravitasjonsutfordringer', er det ikke grunnlag for å anbefale bruk av fallskjerm (Smith & Pell 2003) ved hopp fra fly. Smith og Pells argument er at vi både vet og vil anbefale mye som ikke lar seg undersøke i randomiserte studier.

Familievernet som en lavterskeltjeneste har ikke en klientgruppe med klare, avgrensede problemstillinger. Tjenesten preges av relasjoner mellom mennesker, livets dilemmaer og samarbeid om praktiske løsninger. Det innebærer blant annet at brukerne søker hjelp for problemer som (foreløpig, se Beach & Kaslow 2006) ikke omfattes av anerkjente diagnosekriterier innenfor ICD- eller DSM-systemene. Dette gjør forskning, og tolkning av forskning, på effekt av ulike metoder vanskeligere.

Professor Tor Johan Ekeland har lenge, og senest i en debatt i Morgenbladet i 2007, advart mot en teknifisering av den mellommenneskelige relasjonen gjennom manualisering og metodefokus. Hans kritikk baserer seg bl.a. på filosofen Hans Skjervheims begrep om "det instrumentalistiske mistaket" (Ekeland 2001), der klienten blir betraktet mer som et objekt som behandles enn en deltaker man samhandler med. Ekeland er tydelig på at "psykoterapi som praksis må reformulerast som ein hermeneutisk praksis – ein praksis som ikkje inneber utøving av ein universell humanteknologi, men ein kommunikativ praksis...der ein med grunnlag i den gode mellommenneskelege relasjon og kyndig rettleiing, gjenopprettar meining og subjektiv kraft til å meistre tilværet" (2008, s. 407).

Marthinsen (2004a) hevder at hva som skal regnes som evidens og empiri er et metodeproblem, altså at hva slags type evidens som er valid (gyldig) vil kunne variere med problemstillingen. Også Sexton, Gordon, Gurman, Lebow et al (2007) mener resultat må favne kompleksiteten både i kliniske problemer i og i behandlingskonteksten. Det er derfor nødvendig å vurdere hvilken type kunnskap som vil være relevant for hvilke oppgaver. Marthinsen (2004a) hevder videre at vekt på at erfaringskunnskap har bidratt til å bygge bro mellom forskning og praksis, men han understreker likevel at det er en fare for å overvurdere praksiskunnskap ved at det ikke gjøres en like kritisk vurdering av den som av empirisk kunnskap. Biermann, Nix, Maples og Murphy (2006) finner støtte for at individuell tilpasning av evidensbaserte metoder ut fra klinisk skjønn gir bedre resultat, men også at terapeutens generelle vurderinger er mindre verdt enn konkrete vurderinger basert på kartleggingsmetoder.

Videre kan selv en praksis som har vist seg å ha god effekt, avvises av de som skal utøve den, eller av de som er brukere eller pårørende. Selv om kognitiv atferdsterapi har vist seg som en god behandling for depresjon, avbryter gjennomsnittlig halvparten av klientene behandlingen før de kunne forventet noe behandlingsresultat (Saatsi, Hardy & Cahill 2007). I

de fleste sammenhenger blir familievernets arbeid omtalt som *samtaler*. Dette understreker bruken av språket i klientarbeidet, og indikerer at samværet med klienter og likeverdighet i prosessen anses som viktig. Både Tom Andersen (2005) og Harlene Anderson og Harry Goolishian (1992) har lagt vekt på reflekterende samtale fra en posisjon der terapeuten ikke har svaret. Rolf Sundet (2006) sier at "det er klientens virkelighet som er det avgjørende utgangspunkt og materiale for det terapeutiske samvær". Også i helsevesenets kvalitetsstrategi gis dette brukerperspektivet en framtrødende plass (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Men det er behov for *kunnskap* også fra et slikt innenfra-perspektiv (se Bøe 2007; Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad 2007). "Mye av den empiriske forskningen bør legge større vekt på å få fram brukerperspektiv og samtidig lytte til praktikerne og anerkjenne deres kunnskap og behov" (Marthinsen (2004b), s. 298).

Familievernkantorenes endring av navn fra "familierådgivningskontor" til "familievernkontor" / "familiekontor" kan sees som en faglig markering av vekt på åpne samtaler med formål å bidra til større endring (andre ordens forandring) i folks liv enn tradisjonell rådgivning. Fagfeltet er i stor grad tuftet på terapibegrepet. Vesentlige deler av klientarbeidet i tjenesten kan imidlertid karakteriseres som "avklaring", "rådgivning", "veiledning", "forhandling" og "mekling". Disse feltene har i mindre grad vært gjenstand for forskning og systematisering enn tradisjonell psykoterapi for spesifikke lidelser/diagnoser. Samlet sett peker dette på behovet for at familievernet må se etter evidens på flere måter enn bare på tradisjonell (psykoterapi-) forskning (Coren & Fisher 2006). Det må også trekkes fram at familierapiforskning (særlig i Norge) har vært mer orientert mot kvalitative enn mot kvantitative studier (Solem, Tilden & Thuen 2008). For å skape en bredde i kunnskap er variasjon i forskningsmetode både en forutsetning og en mulighet innen et postmoderne vitenskapelig paradigme (Gilgun 2005). Gurman (2003) argumenterer for å kombinere ulike teoretiske og forskningsmessige tilnærminger, og har tro på at "et slikt ekteskap kan skape vakre barn". Mange empiriske forskere vedkjenner seg i dag fagområdets postmoderne epistemologi og er i ferd med å utvikle et nytt epistemologisk ståsted (Solem 2002; Sexton, Weeks & Robbins 2003).

At det er vanskelig både å designe forskning og å lese forskningsresultater på området betyr ikke at det er uviktig. Referansene som er oppgitt i denne rapporten kan benyttes som litteraturinngang til dette feltet. De fleste vil være tilgjengelige gjennom enten www.

nbbf.no eller www.helsebiblioteket.no. Det oppfordres til en kritisk vurdering av både design og resultater. Man må imidlertid være oppmerksom på at når det gjelder en enkelt terapimetode, så er ikke enkeltstudier utført av metodens opphavsmenn og -kvinner god nok dokumentasjon for at metoden er overlegen, og *manglende bevis for effekt er ikke noe bevis for manglende effekt*.

Evidensbasert praksis

Innen psykisk helsevern har det de siste ti år vært fokus på evidensbasert medisin, og det er utgitt faglige behandlingsveiledere for ulike lidelser. Her har spesifikke manualbaserte metoder blitt gitt en sentral plass. Birte Folgerø Johannesen (2004) har analysert denne trenden i lys av bl.a. nye ledelsesmodeller innen det offentlige helsevesenet og er klar i sin kritiske konklusjon: "Det evidensbaserte behandlingsparadigmet henter ikke bare kraft fra vitenskapen, men også fra nye styringsformer med økte krav om innsyn og kontroll, basert på resultatmål som kombinerer økonomisk-administrative og behandlingsfaglige styrings-logikker" (s19). Hun påstår at disse metodene har fått en større anvendelse innen kvalitetssikring enn det er forskningsmessig belegg for, basert på et ønske om å unngå feil og å ha formell kontroll over behandlingsvirksomheten. En slik medisinsk-administrativ forståelse tar lite hensyn til brukerperspektivet og har liten effekt i lokal kvalitetsforbedring. Statens helsetilsyn mener da også at kunnskap fra forskning er nødvendig, men at slik forskning ikke alene kan avgjøre hvilken behandling som er best i den enkelte situasjon (Johansen & Cordt-Hansen 2006). Kvalitet i behandling dannes med utgangspunkt i kunnskap fra flere kilder – både forskning, erfaring og fra brukere (se figur).

Denne inndelingen av bruk av kunnskap kan gjenfinnes i begrepet "evidence-based medicine" (Sackett et al 1996), i Siciliaerklæringen for evidensbasert praksis fra 2005, og er enda tydeligere formulert av en ekspertgruppe i den amerikanske psykologforeningen (Levant 2005) og vedtatt som prinsipp av Norsk Psykologforening (2007): "Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål...." (s.1).

Rønnestad (2008) beskriver hva som skiller denne prinsippklæringen fra den strikte biomedisinske forskningsmodellen og hvilke krav som settes til kunnskapen. Evidensstøttede metoder tar utgangs-

Kunnskapsbasert fagutøvelse



punkt i en metode, og undersøker om den er effektiv for spesifikke problemer under beskrevne betingelser. Evidensbasert praksis starter med pasienten og spør hva som kan være effektivt med denne terapeuten på dette tidspunkt (Levant 2005). Patterson, Miller, Carnes og Wilson (2004) beskriver også dette skiftet i fokus fra evidensstøttede *metoder* til evidensbasert *praksis*. Forskningen støtter å gjøre kliniske valg av tilnærming i den enkelte sak etter en trinnvis framgangsmåte der klinikerer identifiserer et spørsmål der kunnskap trengs, innhenter kunnskap, vurderer den kritisk, sammenlikner med egen erfaring og klientens preferanser og til slutt evaluerer effekten av tiltaket. Selv om språkbruken og argumentasjonen er ulik, gir Oddli og Kjøs (2002) en parallell beskrivelse av en postmoderne tilnærming til valg av behandlingsform.

En evidensbasert praksis er derfor krevende og setter store krav til terapeuters empati, kritiske sans og egenrefleksjon. De neste kapitlene skal bidra til å gjøre det noe lettere å finne fram til empirisk kunnskap som kan benyttes i møte med klienter i familievernet. Også Patterson et al (2004) understreker at dette bør komme *i tillegg til*, ikke i stedet for andre kunnskapskilder som kolleger, veiledning, seminarer, konferanser, bøker etc. På den annen side er det en fare for at en framgangsmåte som omfatter empirisk kunnskap, også kan fokusere terapeuten mer mot det som er kjent og felles, enn det som er ukjent og spesielt for det enkelte individ og den enkelte familie. Kunnskapsfokuset kan derfor være begrensende for den terapeutiske dialogen og for den åpne samtalen (se Rober 2005; Eliassen & Seikkula 2005). Også språket – og dermed vår forståelse – kan i den empiriske verden bli teknisk ("ingeniørspråk"). Språklig sett må derfor terapeuten kunne beherske både klientens språk og begreper og fagfeltets begrepsverden, og dermed forholde seg til ulike virkelighetsforståelser.

Den evidensbaserte terapeuten vil derfor være nødt til å kunne skifte posisjon og perspektiv for å være i stand til *både* å finne fram til og benytte ulike former for kunnskap og være aktivt lyttende etter det unike, det ukjente og uforståelige og betrakte det fra ulike posisjoner. Dette kaller Hougaard (2004) for terapiens antropologiske dilemma, der medmenneskelig innlevelse og behandlingsteknikker er psykoterapiens Yin og Yang. Du skal gjøre det ene og ikke unnlate det andre. Det er forskjell mellom kart (epistemologi) og terreng (ontologi), men vi klarer oss ikke uten kart i møtet med klienter. Utfordringene, men også mulighetene, ved å arbeide etter ulike epistemologier samtidig kan illustreres ved karttjenester på Internett som kan gi både topografiske beskrivelser, beskrive jordkvalitet, populasjonstetthet, satelittfoto, skråfoto eller øyeblikksbilder fra en spesiell gate i Paris. Dette gir Internettbrukeren mange perspektiver på gaten og gatelivet, men man vet likevel ikke hvordan det "er" før man har vært der og opplevd gaten. Og selv da er vi der bare i et historieløst øyeblikk. Eller som Haldis Hjort (1997) skriver: "Det som bevarer den ærlige terapeuts ydmykhet, er ikke erkjennelsen av at sannhet er uerkjennelig, men at den er delvis."

3. Bruerkunnskap

Brukerbegrepet bærer for mange en betydning knyttet til forbruker, konsum, produkter og salg. De senere tiårene er bruker også i økende grad benyttet i forhold til offentlige tjenester, knyttet til brukerperspektiv, brukervedvirkning, brukerstyring etc. Dette er et ideologisk og verdiladet begrep, og har blitt et politisk mål både i et demokratiperspektiv og som et mottakerperspektiv. Omorganiseringer av sosial- og helsetjenestene har ført til at politikere i stadig større grad kun tar overordnede beslutninger, og mye av tjenesteutformingen er overlatt administrative nivåer. Det har derfor oppstått et økende behov for demokratisk påvirkning på virksomhetsnivåene. Brukerens individuelle rett til å medvirke og til å ta aktive valg er bl.a. lovfestet som en pasientrettighet i tillegg til at brukerperspektivet på systemnivå er sentralt i strategidokumenter innen både barne- og familievern og helse/sosiale tjenester (se www.bufetat.no og www.shdir.no). Innføring av et slikt perspektiv kan da også endre maktbalansen mellom fagfolk og klienter ved at ekspertene mister deler av sin definisjonsmakt.

En del fagfolk har kritisert innføringen av begrep som "bruker" og "brukervedvirkning" i forhold til tjenestetilbudet innen helse- og sosialfeltet. Det hevdes bl.a. at brukerne er en så stor del av "produktet" at deres vurdering ikke kan benyttes som indikasjon på kvalitet (se Hunnes 2007), eller at brukerne ofte ikke er kompetente eller kan utsettes for medvirkning (f.eks. Våpenstad 2005). På den annen side ønskes dette velkommen av fagfolk fordi det styrker "empowerment", "resiliens" og "recovery"; begreper som beskriver klientenes egenmestring. Klienters egeninnsats er også regnet som avgjørende for gode behandlingsresultater innen psykoterapi (Duncan, Miller & Sparks 2004).

Det kan imidlertid være uklart hvem som er definert som bruker, akkurat som det kan være uklart hvem som er definert som klient/pasient. Er det den som har symptomet, den som tar del i behandling, eller alle som er involvert i problemet eller av løsningene? Dette får særlig betydning om barn og pårørende skal regnes med. Et fokus på den personen som oppsøker hjelpeapparatet har i stor grad ført til at disse personenes nære omgivelser ikke har fått hjelp og kun har blitt ansett som mulige bidragsyttere til behandlingen for pasienten. Innen parterapi vil definisjonen av bruker i særlig grad reflektere om parets eventuelle barn anses som viktige selv om de ikke er tilstede i behandlingen.

Brukermedvirkning der brukere og fagfolk sammen utvikler tjenester (systemnivå) og i behandlingen (individnivå), har vært fokusert i Helsedirektoratets opptrappingsplan for psykisk helse, og grundig dokumentasjon er utarbeidet (Larsen, Aasheim & Nordal 2006).

Intervju- og spørreskjemaundersøkelser er de vanligste metodene for å drive forbedringsarbeid basert på brukernes synspunkt, og resultatene av forbedring kan da dokumenteres.

Kunnskap om brukerne

Statistikk fra familievernets fagsystem og fra en rekke andre kilder kan gi informasjon om hvem de typiske brukere er, og hva de oppgir at de ønsker hjelp med. Andre kilder som kan gi nyttig kunnskap er annen statistikk over befolkningssammensetning, sosiologiske og kulturelle forhold etc. Ikke minst er det interessant hvilke brukere som *ikke* benytter familievernet i tilstrekkelig grad. Her kan det både være lokale forskjeller (benytter vertskommunen tjenesten mer enn andre kommuner?), geografiske forskjeller (forskjell by/land, nord/sør etc.), kulturelle forskjeller (bruker innvandrere/flyktninger parterapitilbudet mindre?) og forskjeller basert på kjønn (færre menn enn kvinner kontakter tjenesten) og seksuell legning (er det for liten relativ andel homofile/lesbiske?).

Kunnskap om fordeling av bruk av tjenesten kan være utgangspunkt for undersøkelser av *hvorfor* forskjellene er slik, og hvordan tilbudet kan endres for å nå bredere grupper. Til dette trengs det i større grad et samarbeid med potensielle brukergrupper. Det krever kompetanse i brukermedvirkning gjennom dialogmøter, fokusgrupper, samt andre kvalitative metoder.

Annen type kunnskap om brukerne kan komme fra forskning på hvordan klienters deltakelse i terapi kan økes. Williams & Levitt (2007) har analysert intervjuer med gode og erfarne terapeuter fra ulike terapiretninger. Deres funn kan benyttes i pågående terapiprosesser til å fremme klienters aktive valg og engasjement i behandlingen.

Et annet eksempel er endringer knyttet til kjønn og terapi. Mens det tidligere har vært mest fokusert på å "kjønne" behandling for å avdekke kvinneundertrykkende praksis (Haavind 1994), er det de senere år også blitt mer fokus på at (forestillinger om) terapeutisk kultur og begrepsbruk kan være med på å utestenge menn fra å få adekvat hjelp (se Rochlen 2005). Både forskning som kartlegger hvorfor menn i mindre grad enn kvinner anerkjenner problemer i eget liv, og

forskning som kartlegger menns spesifikke behov når de oppsøker hjelp, er under utvikling og kan anvendes for å tilpasse det lokale tjenestetilbudet (Rochlen & Hoyer 2005).

Kunnskap fra brukerne

Moderne brukere krever mer enn tidligere. Der man tidligere var glade for at det fantes et tilbud, er man nå opptatt av valgfrihet, kvalitet og resultater, samt av servicenivå. Offentlige tjenester må i stadig større grad legitimere sin virksomhet gjennom å dokumentere resultater og positive vurderinger fra tjenestemottakerne (Sørensen 2008). Som tidligere beskrevet er anvendelse av evidensstøttede metoder ikke tilstrekkelig. Resultatene må også kunne dokumenteres lokalt samtidig som brukerne skal være tilfredse med behandlingen. Som Torsteinsson uttrykker det: "Pasientens bidrag er nødvendig for å se om den evidensbaserte kunnskapen virkelig har konkret relevans" (2007, s.92). Basert på bl.a. Gadammers filosofi går Torsteinsson videre og mener det er nødvendig at vi erkjenner at vårt terapeutiske perspektiv ikke kan privilegeres i forhold til den andres (klientens), og at det er samskapingen av mening og av virkelighetsforståelse som gir nye muligheter.

For å vurdere tjenestenes "konkrete relevans" er det flere steder tatt i bruk metoder som "Bruker intervjuer bruker", gjerne i regi av en brukerorganisasjon. Samarbeid med brukerorganisasjonene gjennom deltakelse i planleggingsvirksomhet er gjennomført i mange beslutningsorganer og styrever. Selv om brukermedvirkning og brukertilfredshet har vært på dagsorden både politisk og i brukerorganisasjoner i mange år, er det likevel fortsatt langt igjen til dette er en integrert praksis både på system- og individnivå i vårt offentlige tjenestetilbud. Selv (eller særlig) innenfor det psykiske helsefeltet konkluderes det likevel stadig med at fagfolkene og fagfeltet henger etter (se Rådet for psykisk helse 2008). *Fokus på familien* brakte nylig en hjerteskjærende brukerstemme (Mølmen 2008). Også andre brukere beskriver manglende faglig forståelse for personen som har en psykisk lidelse (se f.eks. boka *Klienten –den glemte terapeut?* av Ulvestad, Henriksen, Tusest & Fjeldstad 2007).

Andre tjenester har tatt i bruk systematiske, gjentatte brukerundersøkelser. Eksempelvis har Kunnskapssenteret for helsetjenesten de siste år utviklet PasOpp-undersøkelser, nasjonale spørreskjema med fokus på psykisk helsevern for barn og unge (se www.kunnskapssenteret.no).

Selv om det er få undersøkelser av behandlingsresultat i familievernnet, er det gjort en rekke brukertilfredshetsundersøkelser (Bang 1993; Schau 1993; Jonassen & Bratt 1998; Hordaland Fylkeskommune 2004). Mange kontor har også utviklet og gjennomført undersøkelser som ikke er publisert. Resultatene viser at brukerne overveiende er fornøyde. Dette er det vanligste funn i slike tilfredshetsundersøkelser (Hanson 1996). Det foreligger imidlertid lite dokumentasjon fra kontorene på hvordan resultatene er benyttet i forbedringsarbeid. Det er imidlertid vanlig å benytte tilbakemelding fra klienter som ledd i tilpasning av den enkelte behandlingssak, og på enkelte kontor benyttes klienters innspill systematisk til å forbedre tilbudet. Strukturen på slike tilbakemeldinger varierer fra helt uformell og muntlig informasjon, via strukturerte intervju, over til bruk av standardiserte måleinstrumenter. En del kontor har utarbeidet serviceerklæringer overfor klienter og samarbeidspartnere, slik at de kan vite hva de kan forvente fra kontoret.

En annen måte å generere kunnskap på gjennom å benytte klientenes perspektiv, er å bruke klienten som medforsker (Andersen 1995). Dette kan gjøres både etter avsluttet behandling og under behandlingen ved en prosess- og endringsfokuset samtale styrt av en intervjuer utenfor terapienheten. Rolf Sundet (in press (a)) gjør dette eksplisitt ved å intervjuer både terapeuter og familier og formulere dette til familie- vs. terapeutperspektiver. Gjennom kvalitativ analyse er han i stand til å analysere både hovedtrender terapeuter er opptatt av for å yte god behandling, og hva klienter opplever som forutsetninger for god behandling. Slik nyansert kunnskap gir terapeuter anledning til å gjenkjenne, og dermed reflektere over relevansen for, egen praksis. På denne måten kan systematisert kunnskap om brukersynspunkt komme til anvendelse i nye kontekster. Andre har gitt klienter anledning til å skrive sine egne journalnotater og oppfordret til kritiske vurderinger av terapeuten (Singer 2005). Slike prosesser vil ikke bare påvirke terapeutenes erfaringsamling, men vil i tillegg være en intervensjon overfor klienten (Grøndahl & Skjælaaen 2005). Den endrende effekten av brukervurdering bekreftes gjennom rutinemessig bruk av klientvurdering av den terapeutiske allianse som utgangspunkt for samtale om kursendring i samtale. Miller, Duncan, Brown et al (2006) fant vesentlig forbedring av behandlingsresultater etter innføring av slike vurderinger i en undersøkelse med mer enn 6000 klienter.

For å ta brukere, politikere og det evidensbaserte kunnskapssyn på alvor, kreves det en praksis som inkluderer brukere som aktive deltakere. Dette er også

et etisk og verdimeslig standpunkt i tråd med Bufetats verdier. Både tilbakemeldinger fra brukere og fra familievernkontorer tyder på at brukermedvirkning og brukerperspektiv er en grunnleggende forutsetning for familievernets virksomhet, og at brukere opplever at de blir respektert og lyttet til.

4. Erfaringskunnskap

Verdien av erfaring kan kanskje best oppsummeres med noen ord av Anders Johansen, sitert av Torsteinsson (2005, s.100): "Hvis jeg vil dele mine erfaringer med noen, er det for å oppfordre dem til å tenke gjennom sine egne". Klinisk kompetanse er et begrep som innebærer at noen (fagfolk) er dyktigere enn andre. Rosenvinge, Larsen, Skårderud og Thune-Larsen (2004) analyser dette begrepet i tråd med det kunnskapsbegrepet som er beskrevet tidligere: "Faktakunnskap er dermed ikke synonymt med kompetanse, bare et grunnlag for kompetanse" (s.707). De mener faktakunnskapen må utfylles med kliniske ferdigheter og faglige holdninger, og de peker på ulike strategier for å tilegne seg økt kompetanse. Uten en slik kombinasjon av kunnskap hevder de at det er fare for at klinisk skjønn blir et skalkeskjul for å holde på sin legitimitet.

Paul Meehl skrev allerede i 1954 en bok om klinisk vs. statistisk kunnskap som grunnlag for prediksjon (se Grove 2005). Meehl var en av de første til å vise at statistisk bearbeiding av gruppedata overgår kliniske vurderinger når det gjelder å predikere utvikling i den enkelte behandling, og at dette kan benyttes til beslutninger. Han nedvurderte derimot ikke betydningen av den kliniske intuisjonen for å kunne gjøre kliniske vurderinger. Så der tall og empiri er best på prediksjon, er kvalitative data og erfaring best på mening, opplevelse og bevegelse. Flere har derfor argumentert for at klinisk skjønn ikke skal benyttes for å gi prognoser, og til å forutsi sannsynligheten for handlinger (Dawes 1994; Westen & Weinberger 2005). Westen og Weinberger avviser at det er empiri for å kreve en viss evidensbasert metode i en gitt situasjon for en bestemt klient. De understreker at den kliniske erfaring og vurdering er uvurderlig til bruk i valg og meningsdannelse i klinisk praksis, men at den også bidrar til økt *kunnskap*. De mener dette kan skje både gjennom teoridannelse som igjen kan testes ut på nytt, eller gjennom gjensidig validering av kliniske vurderinger og empiriske funn. Videre er erfaringsperspektivet vesentlig i innovasjon. Malterud (2001) bruker en analogi om triangulering fra landmåling, der ulike perspektiver gir en mer nøyaktig angivelse av et bestemt punkt.

Morgan Adolfsen (2005) beskriver hvordan de "store fortellingene" eller de "dominante historiene" kan utøve en narrativ makt over lokale og inkongruente fortellinger. Slik kan også den modernistiske empirismen fortie den individuelle erfaring. Det er mange mulige, og riktige, beskrivelser av hva par-/familieterapi er.

De fleste anvendte terapeutiske modeller har hatt sin hovedkunnskapsbase i kliniske erfaringer og eksempler. Slike beskrivelser fokuserer på det komplekse samspillet i familierterapi, men lar likevel mange aspekter ligge i mørke (Rober 2005). Kunnskapsteoretisk har det vært lagt vekt på at praksis kommer først (se Andersen 2006). Familievernet har i stor grad bygget sin virksomhet på egne og andres verdifulle og systematiserte erfaringer fra praksis i kombinasjon med teoretisk forståelse. En slik veksling mellom praksis og teori er for eksempel anbefalt av Haaland, Njå og Montgomery (1999) for å utvikle et praksisfelt. Mye av slik kunnskap har anekdotisk form og blir presentert av fagpersoner som er blitt anerkjente som gode terapeuter og undervisere (se Sexton, Weeks & Robbins 2003). Som Adolfsen (2005) også påpeker, er metaforer ment å være liknelser. Faren er at de kan miste sin lignelsesdimensjon og vi begynner å tro at de er virkelighet. Dette gjør også at andre metaforer avvises og vi får en metaforisk monopolsituasjon. Innen familierterapi bør vi kunne gi plass til flere parallelle historier om terapi. Adolfsen foreslår en metaforrikdom ved å beskrive terapi som musikk, dans, kunst etc. Uten å nedvurdere slike metaforer kan vi tilføye håndverk. Både kunst og håndverk er respektable aktiviteter og yrker. Men ikke sjelden trenger kunstnere teknikk og håndverkere kreativitet. Og det er ikke lett å overføre kunnskapen til andre. "Studiar av gode praktiskarar viser at dei ofte har problem med å gjere greie for kvifor dei gjer som dei gjer, sjølv om kvaliteten er utvilsam" (Ekeland 2002)

Erfaringskunnskap er også ofte beskyldt for å ha en manglende rasjonalitet i faglig argumentasjon og at den gir løsrevne anekdoter mer enn brukbar kunnskap (Torsteinsson 2005). Men Torsteinsson spør om dette er ubetydelig kunnskap. Nettopp det at kliniske beskrivelser tar utgangspunkt i handlingsfeltet, og omfatter dialoger med klienter så vel som egne refleksjoner og med etablert kunnskap, gjør den egnet til å formidle noe betydningsfullt for praksis. Ikke gjennom instruktiv, men gjennom refleksiv praksis. Den enkelte terapeut oppnår, i følge Torsteinsson, et større handlingsrepertoar gjennom samhandling med læremestre. Verken erfaringskunnskap eller forskningskunnskap kan forutsi om en konkret handling er virksom i en konkret situasjon. Hun argumenterer videre for at den kliniske artikkelen kan bidra til å frembringe ny forståelse og nye spørsmål, men at også denne formidlingsformen har behov for rammer, generaliseringer og kritisk refleksjon over formens begrensninger.

Den opparbeidede erfaring den enkelte kliniker besitter, regnes som verdifull, og bør derfor både undersøkes, deles og vurderes. Kirsti Malterud (2001) ser legens oppgave innen medisinen som todelt: Forstå pasienten og forstå sykdommen. En liknende deling er fruktbar også innen psykologisk behandling, der problemet kan forstås både ut fra pasientens perspektiv og ut fra generell (forsknings)kunnskap. For å løse disse oppgavene og gjøre vurderinger og beslutninger, er den kliniske erfaring en nøkkel. Verken pasienten eller forskningen gir vanligvis eksakte svar. Og selv innen medisinsens område er erfaring vesentlig for tolking av objektive "funn" knyttet til sykdom. Integrasjon av det unike med det generelle krever inngående forhandling og vurdering. Det største problemet, i følge Malterud, er ikke at man gjør slike vurderinger, men at medisinen mangler eksplisitte strategier for disse vurderingene.

Det kliniske skjønnet er å utnytte de tidligere erfaringer for å møte det unike i den foreliggende situasjonen. Innen både medisin og familierapi er kunstbegrepet blitt brukt for å beskrive denne prosessen. Men også kunst kan kritiseres og vurderes. Ingen kunnskapsbase er god i seg selv. Måten den håndteres på og utvides på må gjøres til gjenstand for kritisk evaluering.

I de senere årene har det blitt gjennomført en god del systematisering av erfaring via masteroppgaver, hovedoppgaver og spesialiseringsoppgaver. Det er imidlertid ikke noe samlet oversikt eller tilgang til slike oppgaver, og erfaringene blir derfor ikke delt i tilstrekkelig grad med resten av fagfeltet (Hoel 2002). En av styrkene i familierapiområdet i Norge er, som vist i innledningen, den sterke internasjonale utvekslingen som har preget feltet. Denne rapporten tar ikke mål av seg til å referere eller gi oversikt over det vellet av relevant kunnskap som finnes på feltet. Noe av den kliniske erfaringen kan formuleres gjennom både kvalitativ forskning og gjennom anekdoter og metaforer, men noe vil også sannsynligvis forbli uformulert. Leonard Bickman (1999) hevder også at vi har flere myter som han mener mangler kunnskapsgrunnlag: En av disse er at erfarne terapeuter gir effektiv behandling. Der terapeuter ikke får nok tilbakemeldinger om resultat, ikke har spesifikk formulering av egne behandlingsstrategier, ikke tilpasser disse til den enkelte klient, vil det heller ikke bli noen læring (se Sapyta, Riemer & Bickman 2004). Da hjelper ikke erfaring. En annen myte er at høyt utdannede terapeuter gjør det bedre enn andre. Når målene er basert på klientvurderinger (i stedet for terapeutenes egenvurderinger), er det lite resultater som underbyg-

ger dette. Tilsvarende gjelder for veiledning, etterutdanning og godkjenningsordninger. Løsningen på det kliniske nivå, mener Bickman, bør være at terapeuter benytter metoder for kontinuerlig kvalitetsforbedring gjennom systematisk å samle og utnytte informasjon om behandlingsprosess og -resultat.

Familieverntjenesten står foran et generasjonsskifte. Med all respekt for den store kunnskapen unge fagfolk har tilegnet seg gjennom utdanningene, er det likevel grunn til å sikre at erfaringskunnskap fra de mest erfarne terapeutene blir brakt videre. Feltet har de siste 30 årene gjennomgått en stor utvikling. Mange av dagens seniorterapeuter har vært med på denne utviklingen og deltatt i mange internasjonale fora. En god del av de erfarne terapeutene har vært aktive med både å arrangere og å undervise på konferanser, seminarer og videreutdanninger. I tillegg er det mange som er blitt benyttet som veiledere. Det er derfor håp om at det allerede er sørget for at en del av deres kunnskap blir benyttet videre – at feltet kan stå på skuldrene til kjempene.

Erfaringer blir altså ikke nødvendigvis kunnskap av seg selv. Man blir ikke en god golfspiller av å slå mange baller, selv om utslagsteknikken er god. Man lærer av å følge ballens kurve og å sjekke hvor ballen ender. Sentralt i opparbeiding av erfaring og for å lære av erfaring står tilbakemeldinger på eget arbeid. Dette er grunnlag for all ferdighetslæring. En del tilbakemeldinger kan vi gi oss selv gjennom å reflektere over egne saker og temaer. De viktigste tilbakemeldingene kommer likevel ofte fra andre.

	Ukjent for andre	Kjent for andre
Kjent for meg selv	Privat skog	Åpent landskap
Ukjent for meg selv	Upløyd mark	Skyggenes dal

Erfaring er blitt kalt taus kunnskap, men denne kunnskapen kan altså settes ord på, brukes og deles. Joharis vindu (se tabell) gir en illustrasjon på dette ved å kategorisere kunnskapen vi og andre har om oss selv. Selv kunnskap som er kjent både for selv og andre kan ofte nyttiggjøres bedre ved at den blir ordsatt; at kunnskapen gis en stemme. I faglig sammenheng er det et ønske å redusere det private området og den upløyde mark gjennom egen refleksjon og aktiv deling av egne erfaringer. Dette er aktiviteter som stimuleres i samspill med andre, for vi vet ikke selv

hva vi tenker før vi har satt ord på det. Kunnskapen i "skyggenes dal" har vi ikke tilgang til selv, men kan bare ane den gjennom andres reaksjoner. For å kunne nyttiggjøre oss denne trenger vi klare tilbakemeldinger fra kolleger, veiledere eller klienter. Av og til må vi bli fortalt hva vi gjør. Eller med Foucaults ord: "Alle vet hva de gjør. Det de ikke vet, er hva det de gjør, gjør."

Det er stor forskjell på terapeuter, både i personlig stil og i hvilke resultater deres klienter oppnår (Levant 2005; Wampold 2001). Dette gjelder selv om samme terapeut benytter ulike metoder eller om ulike terapeuter benytter flere metoder. For å forbedre resultat er det nødvendig å systematisere erfaringer, og å identifisere vellykkede og mislykkede prosesser for å finne forbedringsmuligheter.

Supervisjon, veiledning eller et mester-svenn-forhold er godt forankret i praksis innen terapi og sosialt arbeid. Et slikt utenfrablikk på den enkelte fagpersons praksis og utvikling av ferdigheter er regnet for viktig for å sikre tilstrekkelig behandlingskvalitet, trygghet hos utøveren samt etablere "mesterkompetanse".

Bambling, King, Raue et al (2006) har forsøkt å evaluere i hvilken grad veiledning har direkte effekt på klientvurdert resultat av terapi for depresjon. De finner en effekt både på allianse og resultat, men ingen forskjell mellom veiledning som fokuserer på ferdigheter og veiledning som fokuserer på behandlingsprosessen. Resultatene kan også like gjerne tolkes som en bekreftelse på at de har styrket generelle faktorer i terapisituasjonen som at det er en spesifikk kunnskapseffekt av veiledning. Heller ikke andre studier har på en overbevisende måte vært i stand til å etablere noen sammenheng mellom hva veilederen gjør og resultater hos den veilededes klienter (Rønnestad & Ladany 2006).

På tross av de nedslående resultatene vedrørende erfaring og utdanning er det de senere årene indikasjoner på at trening i mer integrative modeller, og med et større fokus på endringsprinsipper enn på teknikker, er lovende for å forbedre resultater av behandling (Rønnestad & Ladany 2006). I samme artikkel vises det til enkelte undersøkelser som indikerer at parallellprosesser er virksomme; at modelleffekten av god veiledning kan komme til syne når terapeuten inngår i dialog med klienter. Rønnestad og Ladany understreker også at terapeuter generelt oppgir veiledningserfaring som noe av det viktigste for deres egen utvikling som behandlere. De advarer også mot utelukkende å vurdere veiledningens betydning mot klienters resultat. Veiledning har sin egen verdi gjennom utvikling av behandlers forståelse, refleksjon,

ferdigheter og identitet. Dette understreker betydningen av at det er en sammenheng mellom veiledning og ønskede verdier, holdninger og arbeidsmåter i behandling.

Det er her også avgjørende hva slags informasjon veilederen har tilgjengelig om den enkelte klient når det veiledes på et enkeltstående terapiforløp. Jo mindre korrekt informasjon, desto mindre vil veiledning være relevant for det enkelte terapiforløp.

Morgan og Sprenkle (2007) har nylig foreslått en veiledningstilnærming bygget på en fellesfaktormodell. Denne modellen omfatter tre dimensjoner i veiledning:

1. Vekt på klinisk versus faglig kompetanse
2. Idiosynkratisk versus nomotetisk kunnskap (det spesielle vs generelle)
3. Samarbeidende versus rådgivende relasjon

Mens relasjonen varierer kan de to andre dimensjonene kombineres til fire ulike, men overlappende roller: Trener, lærer, mentor eller administrator. Avhengig av hvilken rolle veilederen har kan det tenkes ulik påvirkning på den enkelte behandling og på terapeuten.

5. Empirisk kunnskap

Det er mange forskningsområder som er viktige for familievernets arbeid, slik som forskning om familiens vilkår, barns situasjon, årsaker til og effekter av samlivsbrudd osv. I de senere år har det vært, relativt sett, mye fokus på mekling og utadrettet arbeid, og det er behov for å sette lys på parterapi som også er en av kjerneoppgavene for tjenesten. Arbeidet med brukerrettet kvalitetsutvikling tar derfor utgangspunkt i parbehandling. Denne oversikten vil derfor fokusere mest på empirisk kunnskap om parbehandling, men gir litteraturhenvisninger til enkelte oversikter også innen mekling og samlivskurs.

Mekling og foreldresamarbeid

Mekling er et internasjonalt fagfelt (se Hareide 2006) der Norge og Norden har vært aktive. Feltet har et stort antall anvendelsesområder fra familie og grupper via rettssystem til internasjonal politikk. Selv om mange land har offentlige eller private tilbud om mekling ved samlivsbrudd eller om barnefordeling, utmerker Norge seg ved at dette fra 1993 ble et obligatorisk tilbud for alle foreldre. Fokus ble da også dreid fra par-relasjonen til avtaler om barn etter bruddet. Meklingsordningen i Norge ble lagt om fra 2007, slik at det nå er en times obligatorisk mekling og opptil sju timers frivillig mekling. I familievernet drives det også et utstrakt arbeid med frivillige samtaler om foreldresamarbeid etter samlivsbrudd. Dette er arbeid som i form tilsvarer mekling, men med andre rammer.

Det har vært gjort en god del forskning på effekter av samlivsbrudd og på effekter av konflikter og av samværs/bostedsordninger for barn, men det er lite forskning på resultatet av foreldremekling innenfor norsk juridisk og kulturell kontekst. Familiefeltets lovgivning, støtteordninger og kultur er ulik i ulike land og det kan være vanskelig å overføre resultater mellom kulturer. Enkelte har kritisert den norske meklingsordningen fordi de har opplevd mangel på relevant informasjon, utilfredsstillende ivaretagelse av partene på det personlige plan og at mekler har hatt lite refleksjon over formidling av egne holdninger (Lomøy, Pigato & Strand 2001; Lopez 2007). Dette understreker behovet for fokus på kjønns- og minoritetsfaktorer – og en generell praksis for å innta et brukerperspektiv, spesielt i saker der det er høy konflikt. Den viktigste kilden til brukervurdert resultat av foreldremekling i norsk kontekst er Ekeland og Myklebusts undersøkelse av obligatorisk foreldremekling

(1997). De fant at mekling var effektiv i omtrent 40 prosent av sakene, at omtrent like mange ville greid seg like godt uten mekling og at meklingen ikke hadde effekt i 20 prosent av sakene. Det var særlig meklinger ved store konflikter som ikke førte fram, og Ekeland og Myklebust konkluderer med behov for en mer fleksibel ordning, i tråd med hva som ble innført i 2007. Som offentlig tjeneste ble foreldremeklingen vurdert positivt av brukerne, også av de som ikke hadde fått konkret resultat av meklingen.

Innenfor foreldremekling finnes det et par hovedretninger eller metoder, men det er funnet lite forskning om effekt av ulike typer foreldremekling. Odd Arne Tjerslands bok om meklingsprosessens psykologi (1992) ga viktig kunnskap ved innføring av meklingsordningen i 1993, og gjennom det pågående FORM-prosjektet ved Universitetet i Oslo vil Tjersland bidra til mer kunnskap om mekling ved store og fastlåste konflikter. Tjersland (1992) fant at det var indikasjoner på at mekling førte til bedre samarbeid, mindre bruk av rettssystemet og mer fornøyde brukere. Det blir understreket at meklingsprosessen er viktig. Mette Bengtssons (2003) gjennomgang av litteratur konkluderer, som Tjersland, også med at det er gjort mange studier, men at metodiske svakheter ikke gir grunnlag for å konkludere med at de relativt gode resultatene etter mekling kan tilskrives meklingen. Svenske tall tyder på at (frivillig) mekling ("samarbets-samtal") fører fram til avtale i halvparten av sakene og delvis enighet i ytterligere 20 prosent (Sveriges offisielle statistikk 2001). Også i Danmark viser det seg at 75-90 prosent av deltakerne i frivillig mekling var fornøyd med meklingsprosessen, mens bare 32 prosent i høy grad var fornøyd med resultatet. Meklerne mente at halvparten fant en løsning. To tredeler hadde avtale et halvt år etter, og 40 prosent opplevde mindre konflikt og mer kommunikasjon (Henriksen, Malmgren & Juul 2004).

Sbarra og Emery (2008) har gjort en 12-års oppfølging etter en studie der foreldre ble randomisert til enten mekling eller rettslig behandling av omsorgen for barn etter brudd. De setter dette inn i en relasjonell ramme der konflikt om barna knyttes til manglende aksept av bruddet. Dette bygger på tilknytningsteori om par, og støttes også av intervensjoner for å øke tilgivelse hos parter etter brudd (se Rye, Pargament, Pan et al 2006). De finner også at en liten gruppe som finner "fred" etter å ha vært gjennom rettssak også opplever lav konflikt 12 år etter, selv om et av hovedfunnene er at mekling generelt bidrar til mindre konfliktfylt foreldreskap.

Det finnes få randomiserte studier av mekling, og i en del tilfeller er drop-out stor, svarprosent lav og det er ulikheter i kultur, rekruttering og tidsramme som gjør det vanskelig å overføre resultatene til norsk kontekst. Det er heller ingen enighet om hva som er gode effektmål i mekling.

Utadrettet virksomhet

Familieverntjenesten bør også drive utadrettet virksomhet i form av veiledning, undervisning og aktivt informasjonsarbeid om fagområdet. En tredel av de som ble spurt i en MMI-undersøkelse i 2006, hadde aldri hørt om familievernkontorene. Førsti prosent viste ikke hva slags instans de kunne henvende seg til om de trengte hjelp i familien eller parforholdet. Det er derfor klart behov for utadrettet informasjon om tjenesten. Den mest omtalte formen for utadrettet virksomhet på familiefeltet er samlivskurs, som i Norge i stor utstrekning drives i regi av familievernet og med offentlig støtte til private aktører (se Thuen & Lærum 2004).

Det finnes mange ulike typer samlivskurs, fra internasjonale og strukturerte kursopplegg til lokalt utviklede og spesialtilpassede. De kan rette seg både mot nyetablerte par, godt etablerte par, eller mot foreldre etter samlivsbrudd. Metodene for forskningsevaluering av effekt av kurs blir bedre, slik som Schulz, Cowan og Cowans (2006) prospektive studie over 6 år som både har randomisert design med kontrollgruppe og en sammenlikningsgruppe. De fant at deltakere i gruppetilbud for par som ventet sitt første barn, unngikk en forverring av tilfredshet med parforholdet etter fødsel. I likhet med andre typer tjenester, viser også evalueringer av samlivskurs at deltakerne i stor grad er fornøyde med tilbudene (se Mortensen & Thuen 2007). I Mortensen og Thuens kunnskapsstatus konkluderes det videre med at det bare er PREP-programmet som baseres på forskningskunnskap og forskningsbasert evaluering (nordamerikanske data). Andre program er basert på erfaringskunnskap, men det er likevel store likheter i innholdet i kursene.

Det er usikkert om samlivskurs er en effektiv måte å forebygge samlivsbrudd på. Det er undersøkelser som viser langvarig positiv effekt av å lære kommunikasjons- og konfliktløsningsstrategier, men forskerne kan ikke konkludere samstemmig om dette. Det er også tendenser til en preseleksjon, slik at de som har mest behov for kurs ikke søker seg til dem (Fincham & Beach 1999). Markman, som har vært en foregangsmann på feltet, viser entusiasme over at psykoedukative program viser endring i atferd knyt-

tet til både lykke og ulykke i samliv (Markman, Kline, Rea et al 2005), men ser samtidig behov for en kritisk holdning siden uavhengige forskere finner mindre effekter enn de som har utviklet programmene (se også Hawkins, Fawcett, Carrol & Gilliland 2006). Og selv om enkelte finner redusert risiko for samlivsbrudd, er det ikke konsistente langtidseffekter. Paradoksalt nok er det også rapportert at når kvinner endrer seg mye etter gjennomført kurs, kan dette ha negativ effekt på samlivet i en femårsperiode (Baucom, Hahlweg, Atkins et al 2006). Bradbury og Karney (2004) advarer også mot kun å fokusere på samlivsrelasjonen, i det de påpeker at også individuelle og sosiokulturelle faktorer er avgjørende for kursen et samliv tar. Dette bør derfor tas med i betraktning når man gjennomfører samlivskurs. Det kan også finnes andre måter å gjennomføre effektive psykoedukative tiltak for samlivet, slik som gruppetilbud, selvstudier etc. (se Cummings, Faircloth, Mitchell et al 2008).

Parbehandling

Familieverntjenesten har vært det eneste offentlige tilbudet til par som sliter i sitt samliv. Ekteskap – og senere samboskap – er sett som et utgangspunkt for både individuell helse og stabile oppvekstvilkår for barn. Det er derfor mange grunner til å styrke og bevare stabile og gode samlivsrelasjoner. Økonomisk kostnad/nytteanalyse er også gjennomført innenfor parbehandling. Selv om resultatene er lovende og antyder at parbehandling er en svært regningssvarende investering for samfunnet (Caldwell, Woolley & Caldwell 2007), er dette kompliserte og usikre estimater.

Forskning er også nødvendig både av etiske grunner og for å ha legitimitet hos bevilgende myndigheter og i befolkningen (Johnson 2003). Det er gjentatte ganger funnet at terapeuter er dårlige på å identifisere klienter med en negativ utvikling gjennom behandlingen (se Wampold & Brown 2005). Ikke minst er det derfor nødvendig med systematisk forskning for å sikre at psykososial behandling ikke fører til forverring i folks liv, slik bl.a. Szapocznik og Prado (2007) har funnet i flere undersøkelser.

Det er behov for å utvikle forskning utover å slå fast hvilke behandlingsmetoder som virker: Det er nødvendig å se på hvilke individ-, relasjons- og behandlingsfaktorer som er viktige i hvilke situasjoner, og hvordan klient og terapeut kan velge de riktige framgangsmåter i den enkelte sak. Det er også behov for å finne ut om det er enkelte intervensjoner som fungerer bedre på kort eller lang sikt for spesifikke problemer. Sexton, Weeks & Robbins (2003) peker

også på at det er liten overlapp mellom parterapi og familierapi, slik at disse i større grad bør vurderes som ulike metoder.

Generelt er det få undersøkelser som følger mange par opp over lang tid. Skal slike undersøkelser i tillegg ha randomiserte betingelser og ubehandlede kontrollgrupper, er de svært ressurskrevende, etisk vanskelige – og tar lang tid å gjennomføre. Det er også en fare at kvantitative undersøkelser ikke fører til mer enn å bekrefte resultater som tidligere er rapportert. Bruk av kvalitative metoder kan også fort bli svært tidkrevende. Både Gottman og Notarius (2002) og Snyder, Castellani og Wishman (2006) argumenterer for at det framover vil være nyttig med naturalistiske småskalastudier og åpne kliniske studier både for å fremme resultatforskning, og for å analysere behandlingskomponenter som sekvenser og mønstre, individuelle og situasjonelle faktorer og positive affekter mer detaljert. Ett eksempel på slik forskning er Makinen og Johnsons (2006) studie innenfor emosjonsfokusert parterapi, der de ved hjelp av både kvantitative og kvalitative metoder blant annet ser på tilknytning og tilgivelse/forsoning mellom partene i terapisisuasjonen.

I tillegg innebærer forskning på par og familier også statistiske utfordringer, siden vanlige statistiske analyser forutsetter uavhengige observasjoner (Atkins 2005; Cook & Snyder 2005). Individene i par og familier er knyttet til hverandre, og paret/familien kan være egne analyseenheter som ”består” i opplevelsene hos flere personer. Mange analysemodeller forutsetter også normalfordelte variabler, spesielt innen metaanalyser. I mange tilfeller innen parterapi har variablene vært svært skjevfordelte. Terapeutiske endringer kan videre vise seg mange steder og til ulike tider, noe som gjør valg av avhengig variabel vanskelig. Bütz, Chamberlain og McGown (1997) mener, med bakgrunn i kaosteori, at det ikke er teoretisk eller praktisk trolig at endring i parforhold følger en lineær utvikling. Et par som oppsøker terapi er nær en kaotisk tilstand (i kaosteoretisk forstand), der det er mange muligheter og der endringer skjer på en individuell og idiosynkratisk måte. Måling av resultat bør derfor ha mange målepunkter i tillegg til å omfatte flere enn de to partnerne og terapeuten, det Solem (2000) kaller et multi-informantperspektiv. (Se også Christensen, Atkins, Yi et al 2004). Holth (2002) formulerer noe av problemet med forskning også innenfor familievernet: ”Vanskeligheten med å måle om personer har fått en bedre hverdag oppstår således ikke ved at dette ikke består av målbare fenomener, men at det består av et stort antall uspesifikke kombinasjoner av målbare fenomener” (s.38).

Kartlegging

Familievernet har i liten grad benyttet kartleggings-skjema eller andre måleinstrumenter. Dette har delvis bakgrunn i teoretisk ståsted (skjemaenes kategorier presser folk inn i en forhåndsbestemt virkelighet i stedet for deres egen), og delvis i det variable og uspesifiserte feltet (”familierelaterte problemer” kan være så mangt). Også internasjonalt er det funnet at de fleste parterapeuter ikke benytter kartleggings-skjemaer, men stoler på egen klinisk vurdering (Lavee & Avisar 2006). Dette er imidlertid noe avhengig av teoretisk ståsted og opplæring/trening.

Forskning vil derimot, i mange sammenhenger, være avhengig av skjemaer, strukturerte spørsmål eller svarkategorier. Solem (2000) beskriver hvordan man ofte utvikler nye instrumenter til nye prosjekt, og at mange instrumenter derfor bare er benyttet et fåtall ganger. Hun beskriver også tendensene til på den ene siden ukritisk å adoptere tilgjengelige og/eller uprøvde målemetoder, og på den andre siden å endre validerede skjema så de ”passer bedre” til den konteksten de skal benyttes til. I tillegg er det lite sammenheng mellom teori, begreper og måling av disse. Mange målemetoder er generelle og kan derfor anses som å gi lite nyttig informasjon, og til og med skjule viktige endringer. Gottman og Ryan (2005) argumenterer derfor for å bruke spesifikke mål som knyttes til spesifikke intervensjoner. Men også ved veldig konkrete/detaljerte spørsmål er det demonstrert at emosjonell innstilthet gir en ”halo”-effekt; om man er negativt innstilt overfor partneren og emosjonelt aktivert, vil man svare negativt på alle spørsmål om emnet.

Kartlegge terapeutisk relasjon. Det er enighet om at forholdet mellom terapeut og klient er av avgjørende betydning for et godt behandlingsresultat. Av den grunn er det gjort forskning for å kartlegge denne relasjonen. De fleste mål på relasjonen mellom terapeut og klient(er) tar utgangspunkt i Bordins (1994) oppdeling av alliansen i

1. et emosjonelt bånd
2. enighet om mål
3. enighet om oppgaver

Working Alliance Inventory (Horwath & Greenberg 1989) er en standard i forskning. Denne er også oversatt til norsk og den finnes også tilpasset for parterapi. Også Pinsof har utviklet allianseskalaer CTAS-r (in press) til bruk i par- og familierapi. Disse ser allianse

som bestående av de individuelle relasjonene mellom klientene og terapeuten, men også som relasjonen mellom parenheten og terapeuten og innen paret. Mamodhousen, Wright, Tremblay og Poitras-Wright (2005) finner at delene av CTAS-r er sterkt interkorrelert, og reiser noe tvil om spesifisiteten i alliansebegrepet. De spekulerer på om ikke klienter flest danner seg en generell oppfatning av terapeuten. Duncan og Miller (2004) har utviklet en forenklet relasjonsskala for å følge alliansen fortløpende i daglig klinisk praksis. Felles problem for alle slike alliansemålinger er at mange klienter i utgangspunktet vegrer seg mot å kritisere terapeuten, og at det er en terapeutisk utfordring å skape en trygghet i relasjonen for at det er bra å komme fram med misnøye eller ønsker.

Kartlegge parforhold. En bok redigert av Sperry (2004) gir en kritisk oversikt over tilgjengelige kartleggingsinstrumenter for par og familier. Sperry argumenterer for at et sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt ikke *utelukker* bruk av kvantitativ forskning eller empiriske modeller. Ulike perspektiver og ulike typer instrumenter gir ulik informasjon. For å sikre at viktige temaer ikke blir oversett i behandlingen og for å sikre at intervensjoner har ønsket effekt, anbefales også klinikere å benytte kartleggingsmetoder. Bruk av kartleggingsinstrumenter vil være uønsket av mange, fordi det terapeutiske rom har vært et sted for terapeutens uavhengige kliniske vurdering, terapeutisk handlfrihet og fokus på opplevelse av behandlingsprosessen. Mange terapeuter i familievernnet er også redde for at bruk av skjemaer vil forstyrre den terapeutiske relasjonen og deres egne arbeidsmåter (Barne-, ungdoms og familiedirektoratet 2008b)

Det er nødvendig å understreke at kartlegging ikke bare omfatter spørreskjemaer, men at også kvalitative metoder kan tas i bruk. En av de mest aktuelle metodene for familievernnet vil være "intervenerende intervju" med vekt på sirkulære (Penn 1985), reflek-sive, (Tomm 1987(a); 1987(b); 1988), løsningsorienterte (Berg & De Jong 1996) eller narrative spørsmål (White & Epston 1990). Også Adult Attachment Interview (sitert av Duffy & Chenail 2004) med fokus på voksnes tilknytningsstil og opphavsfamilie kan være aktuelt. Det kan videre i en del saker være grunn til å kartlegge individuelle problemer også i par- og familierapi (se f. eks Refnin 2007; Nielsen 2004; Nordby & Gude 2003), og til dette finnes det en lang rekke kartleggingsinstrumenter som også i stor utstrekning er benyttet i Norge.

Hva er problem i samlivet, og hva skal rettes på gjennom parbehandling? Dette kan virke selvløsende:

Krangler, frossen taushet, manglende følelsesmessig nærhet og støtte, når den ene parten er blitt såret osv. Fincham og Beach (1999) hevder imidlertid at definisjon av kvalitet på samlivet i stor grad er for dårlig behandlet i litteraturen for parbehandling. De fleste psykiske problemer er tatt med i diagnosesystemene, men det er så langt ikke noen enighet om diagnoser for relasjonsproblemer. Normative definisjoner av "tilpasning" eller "tilfredshet" kan også i høy grad være problematiske, siden ikke alle krangler er av det negative, ikke alle problemer oppleves av begge parter, grunnleggende holdninger og verdier virker inn på hva den enkelte forventer eller tåler osv. Samtidig kan *opplevelsen* av konflikten endre seg over tid. Det kan videre være viktig å skille mellom de som er lunkne til samlivet og de som har samtidige sterke positive og sterke negative følelser, selv om de gjennomsnittlig har det likt. Fincham og Beach argumenterer derfor for individuelle målvurderinger og intervensjoner selv om man støtter seg på empirisk forskning.

For par er Spaniers Dyadic Adjustment Scale (Spanier 1976; Graham, Liu & Jeziorski 2006) den mest benyttede skala for vurdering av om terapi gir resultat. Denne er også oversatt til norsk ("Skala for tilpasning i parforholdet") og kan benyttes i daglig praksis, slik de bl.a. gjør ved Modum Bad. Det er imidlertid grunn til å advare mot en overdiagnostisering av parproblem ved bruk av denne skalaen (Weiss 2005). Også Locke og Wallaces Marital Adjustment Test (1959) som oversatt til norsk kalles "Tilpasning i parforholdet" er mye brukt i forskning. Denne er de siste år benyttet bl.a. i prosjektet "Beste praksis" i familievernnet (Anker, Duncan & Sparks, in press), men er et globalt mål med liten klinisk interesse. Funk og Rogge (2007) har nylig kritisert kvaliteten på Spaniers og Locke-Wallaces instrumenter og mener de selv har et lovende alternativ som både kan gi mer nyansert informasjon og bedre identifisere par med behandlingsbehov. Ellers er Snyders Marital Satisfaction Index Revised (Snyder 1997) mye benyttet i parterapeutiske undersøkelser og i screening, og skal også kunne være et terapeutisk redskap. Også en rekke andre skalaer for å kartlegge kommunikasjon, tilfredshet, engasjement i parforholdet, konfliktområder etc. er tilgjengelige (se for eksempel Sperry 2004; Lavee & Avisar 2006). En rekke av målene på tilfredshet i parforholdet er imidlertid kritisert for å legge vekt på *enighet*, samtidig som dette ikke oppleves å være særlig betydningsfullt for et godt parforhold. Heller ikke *tilfredshet* med parforholdet er nødvendigvis en god definisjon på den prosessen et parforhold er (Weiss 2005).

De fleste av disse instrumentene er basert på subjektive selv-vurderinger, og det kan argumenteres med at et slikt innenfraperspektiv også bør utfylles med observasjonsdata fra terapeut eller andre som står "utenfor" (L'Abate 2004; Solem 2000). Videre er det reist kritikk fra positivistisk hold at de fleste kartleggingsinstrumenter mangler forankring i en overordnet teori og at kartlegging i liten grad gir konsekvens for valg av intervensjon. Men kartleggingsinstrumenter slik de er benyttet i forskning er også kritisert for – i alle sin komplekse design – å forutsette at de terapeutiske prosessene er lineære.

Målinger av prosesser i parforhold har ofte vært rettet mot konflikt og kommunikasjon. (Gottman 1999). I de senere år er det funnet at støtte, emosjonelt engasjement i hverandre og følelsesmessig tone er viktigere for å bevare parforholdet enn negative prosesser og hendelser (Johnson 2003). Det er også lovende at feltet positiv psykologi tar begreper som kjærlighet, medfølelse, glede og takknemlighet med inn i forskning og undersøker hvordan de kan stimuleres (se Snyder & Lopez 2002; Seligman 2002). I tillegg er det også stadig mer vektlagt hvordan kontekstuelle faktorer som livsfaser/-hendelser, arbeid, bolig, sykdom etc. påvirker de intime relasjonene.

Reliabilitet og validitet er vesentlige begreper når kartleggingsinstrumenter skal benyttes. Instrumenter som er reliable er pålitelige i den forstand at de måler det samme når fenomenet er likt. Om samme person fyller ut skjemaet to forskjellige dager bør skårene bli like om skjemaet er ment å måle stabile trekk. To forskjellige observatører bør skåre en situasjon likt. Validitet dreier seg om i hvilken grad skårene er gyldige for fenomenet som observeres. Hvis er skjema for parforhold ikke greier å skille mellom grupper som er fornøyde og holder sammen over tid og de som er misfornøyde og går fra hverandre, har skjemaet lav klinisk validitet. For å oppnå høy validitet og reliabilitet er det nødvendig med et visst antall observasjoner eller spørsmål. Dette går på bekostning av brukeligheten i daglig praksis. Verken klienter eller terapeuter ønsker å bruke mye samtale tid på skjema utfylling eller at det gjøres mye etterarbeid med skåring og tolkning. Dette kan fort bli fremmedgjørende i en situasjon der det personlige møtet skulle være viktigst.

De ovennevnte målene har gode psykometriske egenskaper og mange er også benyttet rutinemessig i klinisk praksis. Det har imidlertid vist seg at det er vanskelig å opprettholde slik praksis med lengre skje-

maer over tid. Duncan og Miller har derfor tatt i bruk generelle, visuelt analoge skalaer for å måle endring i "livssmerte" (Miller, Duncan, Sparks & Claud 2003) og for terapeutisk allianse (Duncan et al 2003). Disse er generelle, korte og benytter skalasvar i stedet for ferdige kategorier eller åpne svar. Kartleggingen er ment mer som utgangspunkt for samtale enn for objektiv forskning, men er også til dels benyttet i forskning, blant annet i familievernets "Beste praksis"-prosjekt (Anker, Duncan & Sparks, in press). Siden de er svært korte (fire skalaer) har de lavere (men likevel akseptabel) reliabilitet og validitet. Endringsskjemaet har en høy korrelasjon med andre mål, og også de fleste andre slike skjemaer måler primært en generell problembelastning (Miller et al 2003).

Jay Lebow (2002) argumenterer for å benytte kartleggingsinstrumenter i daglig praksis fordi det vil bedre behandlingen. Det er ikke fornuftig å bruke samtale tid til å spørre om alle mulige relevante områder, og det vi ikke spør om har klienter en tendens til å ikke fortelle om og kan dessuten være ubehagelige å ta opp. Både psykiske lidelser, seksualitet, vold/overgrep og rus/avhengighet er i høy grad tabuiserte tema, og kan være vanskelig for klienter å ta opp selv. Det er også andre livsområder som klienter i mindre grad selv kobler til familieproblemer, slik som økonomi, bosted, arbeidssituasjon, somatisk helse. Dessuten er terapeutens syn på terapeutisk prosess og framgang gjerne annerledes enn klientens. Lebow hevder at det er viktigere å følge utvikling underveis enn å bare kartlegging av status før/etter behandling. Fortløpende monitorering av behandlingen gir bedre informasjon om hva, når og under hvilke betingelse endring skjer. Endring skjer ofte brått, så det er viktig å vite når det skjer.

Det atskillig større presset som er kommet på *resultater* både fra brukere og fra offentlige myndigheter oppleves også av mange som invaderende i terapeuten rom (Sperry 2004; Aslaksen 2008). For å vurdere resultater anser Sperry brukertilfredshet som en lite egnet metode (se også Lambert, Salzer & Bickman 1998; Gottman 1999). Han anbefaler i stedet at resultat måles med instrumenter som har vist klinisk nytte, og som i tillegg til å måle resultat også kan gi umiddelbar tilbakemelding til terapeuten om manglende positiv utvikling. Han anser at dette kan være et viktig tillegg til den kliniske intuisjon, og at serielle data kan benyttes for å skreddersy den enkelte behandling. Vurdering av resultater i behandling kan altså benyttes på tre måter, i følge Sperry (2004):

1. Resultatmåling *før/etter* for å dokumentere hvor vidt behandlingen har hatt effekt
2. Resultatmonitorering *fortløpende eller ved spesifikke punkt* for å identifisere (manglende) utvikling i den enkelte behandling
3. Resultatstyring der resultatene for terapeuter/kontor samles og benyttes til *forbedring* for å bidra til en effektiv virksomhet med høy kvalitet
- 4.
3. Målrettet korttidsbehandling er effektivt for et bredt spektrum av problemer
4. Et sett med felles faktorer er sentrale for å oppnå et godt behandlingsresultat, spesielt terapeutisk allianse
5. Ingen metode er virksom for alle og ingen metode har konsistent vist seg bedre enn andre metoder. Dette har åpnet for fokus på hva som virker og integrative metoder
6. Spesifikke metoder har vist seg virksomme også for alvorlige psykoser og personlighetsforstyrrelser gjennom godt samarbeid med familier

Resultater

Metastudier benyttes ofte for å dokumentere effekt av behandling. Dette er systematiske gjennomganger av andre (enkelt-) studier med nye analyser av de opprinnelige dataene. Ofte benytter metastudier undersøkelser som er gjort med randomiserte design og som dermed oppfyller det høyeste kvalitetskravet til evidensbasert praksis, men det er ulikt hva slags studier som inkluderes. Slike studier av psykoterapi har siden 1977 (Smith & Glass) gjennomgående vist at behandling har god effekt og at den "gjennomsnittlige pasient" er bedre etter terapi enn gjennomsnittet av de som ikke mottar terapi (se for eksempel Wampold 2001). Effekten er gjennomgående betegnet som, statistisk sett, en stor effekt (Rønnestad 2008), også sammenliknet med hva som oppnås ved medikamentell behandling og behandlinger for (annen) somatisk sykdom.

Psykoterapiforskning har imidlertid vist seg vanskelig å gjennomføre med gode design, og spesielt er det få gode randomiserte forsøk der en metode settes opp mot en annen på like betingelser. Det har derfor i lang tid vært diskutert hvor vidt det er spesifikke metoder som er bedre enn andre, eller om psykoterapi gir en generell effekt. Sistnevnte omtales av Luborsky og kolleger (Luborsky et al 2002) som Dodo-fuglens dom, etter en fugl i eventyret Alice i drømmeland som sa at "alle har vunnet og alle fortjener premie". I 2007 har Jay Lebow listet opp det han anser som de viktigste funnene innen feltet de siste 25 år:

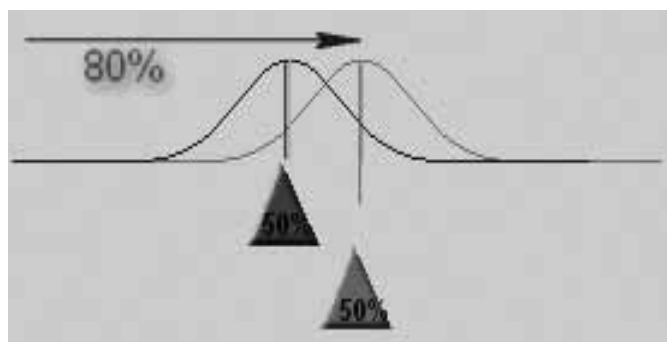
1. Psykoterapi er like effektivt som medisin for psykiske lidelser som angst, depresjon og rus
2. Spesifikke behandlingsmetoder (mer enn 100 evidensstøttede metoder) hjelper for definerte lidelser som rusmisbruk, atferdsproblemer, angst, depresjon, spiseforstyrrelser og helseproblemer

7. Andre former for behandling som fokuserer mindre på endring og mer på å akseptere situasjonen er tatt inn i psykoterapi. Både meditasjon og mental tilstedeværelse ("mindfulness") er benyttet i økende grad.
8. Å følge den terapeutiske prosessen i den enkelte sak forbedrer behandlingsresultatet. Utviklingen av kartleggingsmetoder gjør at dette enkelt og billig kan gjøres av alle terapeuter.
9. Effektive multisystemiske behandlinger er utviklet for ungdom "på skråplanet" og intervensjoner på individ-, familie, skole- og nærmiljønivå. Samtidig har en type gruppebehandling for ungdom vist seg å være skadelig.
10. Visse typer atferd er vist å være ødeleggende for parforhold. Kritik, forsvarsholdning, avsky og isfront tidlig i et forhold er sterke prediktorer for senere samlivsbrudd, mens positive handlinger mot den andre har vist seg å beskytte mot brudd.

Det følgende er en kort oversikt over forskning både på generelle faktorer, spesifikke metoder og på virksomme prosesser i parbehandling.

Shadish og Baldwin (2003) har også gjort meta-analyser, og foreslår å innføre begrepet meta-analytisk støttet behandling for å indikere at behandlingen har støtte gjennom gjentatte undersøkelser av ulike forskerteam/på ulike populasjoner. Dette mangler i en del "evidensstøttede" metoder – på tross av at de er undersøkt i randomiserte kliniske forsøk. Systemisk og eklektisk familieterapi og parterapi kan generelt regnes som evidensbasert praksis. Resultatene for par-/familieterapi er, i følge Shadish og Baldwin, minst like gode som for individualterapi. Som

de fleste andre konkluderer også de med at det er lite grunnlag for å hevde at noen tilnærminger til parterapi er bedre enn andre.



Christensen et al (2005a), Stratton (2005) og Snyder, Castellani og Wishman (2006) har gode oversikter over forskning på resultat av familie- og parterapi. Par-/familieterapi hjelper minst 40-50 prosent av klientene. Effektstørrelsen for parterapi innebærer likevel at den gjennomsnittlige klient i par- eller familieterapi hadde det bedre ved avslutning enn 80 prosent av kontrollgrupper som ikke har deltatt i behandling. På en normalfordelingskurve tilsvarer dette to standardavvik (se figur). Som regel er effekt av terapi målt ved selvrapporteringsskjemaer, slik som Spaniers Dyadic Adjustment Scale. Godt resultat regnes da som at tilfredsheten med forholdet øker. Det er vanskelig å avgjøre om det er tilstrekkelig å kunne registrere en endring eller om det er nødvendig å etablere et tilfredshetsnivå som kan sammenliknes med gjennomsnittet i befolkningen. Christensen og Heavey (1999) konkluderer med at selv om de fleste vil oppleve bedring, vil noe under halvparten av parene etter parterapi ha blitt "kvitt" sine problemer. Det har vist seg lettere å finne faktorer som påvirker om parforholdet er godt eller dårlig, enn å predikere hvilke par som vil nyttiggjøre seg parterapi (Atkins, Berns, George et al 2005). Det er også en kompliserende faktor i slike resultatindikatorer at også oppløsning av parforholdet under en del omstendigheter kan være et godt resultat for en eller begge parter - eller for deres barn. Spesielt i forhold der det er stor maktubalanse og/eller vold og heftige konflikter kan dette være en god løsning. Få eller ingen studier har så langt tatt dette med i betraktning. Til sist er resultat i parterapi også avhengig av vurderinger fra to involverte.

Studier som har sett på effekt etter seks måneder eller mer, finner at effekten taper seg noe fra avslutning til oppfølging. Effekten er likevel fortsatt signifikant (Lundblad & Hansson 2006). Christensen og Heavey (1999) oppsummerer flere studier som viser at parterapi ikke er noen garanti mot å komme

i vanskeligheter ett eller fire år etter behandlingen, og at en undersøkelse har funnet at innsiktsorientert behandling har gitt noe bedre effekt (kun) på slik langtidseffekt, enn ren atferdsorientert behandling. En senere sammenlikning av tradisjonell atferdsrettet parterapi med en mer integrativ modell viser at mer enn halvparten av parene –uansett tilnærming - har det bedre to år etter avslutning enn de hadde ved starten av behandlingen (Christensen, Atkins, Yi, Baucom & George 2006). Her ble det også registrert at tilfredshet med parforholdet gikk noe ned etter avslutning av behandling, men at dette økte igjen etter noen måneder. Det var imidlertid også vel 20 prosent som ikke hadde utbytte av behandlingen, noe som ble redusert til 12 prosent etter to år. Samtidig økte andelen som hadde fått det verre/ble separert fra 13 til 23 prosent på disse årene.

Også Halford (2006) hevder at mer enn 25 prosent ikke blir hjulpet av parterapi, og at en like stor andel får det noe bedre uten å bli kvitt sine problemer. Han finner også at en del av de parforholdene som blir bedret gjennom terapi som faller tilbake til problematiske relasjoner en stund etter avsluttet terapi. Han konkluderer likevel med at effektstørrelsene i parterapi er på nivå med *de beste og mest kraftige* individuelle psykologiske behandlingsformer for voksne. Og han mener det er håp om å forbedre resultatene fra eksisterende parterapiformer gjennom bruk av mer integrative tilnærminger - og å hente intervensjoner fra ulike kilder.

Godt resultat etter parterapi kan i større grad forventes når problemene ikke er *for* alvorlige og ikke har vart over for lang tid, og om det er et sterkt ønske om å bevare forholdet (Snyder, Castellani & Wishman 2006; Stanley, Whitton, Sadberry et al 2006). Dårlig evne til å takle konflikt, fravær av positive følelser og lav intimitet er forbundet med dårligere respons på parterapi (Halford 2006). I en oversiktsartikkel oppsummerer Johnson (2003) at det er lite klinisk forskning på likekjønnspar. Det er imidlertid noe støtte for at likhetene med heterofile forhold er større enn forskjellene. Hun siterer enkelte undersøkelser som viser at homofile/lesbiske par har aspekter som fungerer bedre enn hos heterofile. Tverrkulturelle og minoritetskulturelle parforhold i norsk kultur er også lite studert.

Wright, Sabourin, McDuff et al (2007) hevder at konklusjonene fra parterapiforskningen er gyldige i klinisk praksis. Vi kan imidlertid stille spørsmål om i hvilken grad forskningen på parterapi internasjonalt er anvendelig i norsk sammenheng. Blant annet har de

fleste behandlingssaker i familievernet mindre enn 6 timer, mens forskningsterapiene har 10-15 timer i snitt (Wright et al 2007). Selv om det i Norden er få og enkeltstående undersøkelser, ser de ut til å være sammenliknbare med funn internasjonalt (Lundblad & Hansson 2005; Lundblad & Hansson 2006; Anker & Duncan 2003). De nordiske studiene er gjort i naturalistisk sammenheng der klienter henvender seg selv, og med relativt lavt antall samtaler (vanligste antall 4-5 samtaler). Likevel har nordiske klienter tilsvarende nivå på måleinstrumentene, og de oppnår gjennom behandlingen samme resultater som internasjonale studier. Resultater fra daglig praksis ved et familievernkontor har demonstrert god effekt av parterapi for begge parter i omtrent en tredel av sakene. I tillegg hjelper det en av partene i en tredel av sakene. Når begge parter er enige om at målet er å bedre forholdet, øker utbyttet (Morønning 2006). Resultatene fra forskningsprosjektet "Beste praksis" i Drammen/Tønsberg viser samme mønster, men med større effekter. I begge disse tilfellene oppnås (stabil) endring ofte i løpet av fire-fem samtaler (Anker, Duncan & Sparks, in press). Når klienters tilbakemeldinger ble benyttet i samtaler, var det nesten to tredeler av personene som hadde en klinisk signifikant bedring. I halvparten av parene oppnådde begge parter slik bedring.

Empirisk validerte metoder for parbehandling

Utover integrativ, eklektisk terapi eller praksis som vektlegger generelle terapeutiske faktorer og i tillegg utnytter ulike "teknikker", blir det innen den empiriske tradisjonen vektlagt å benytte evidensbaserte metoder. Det er laget oversikter over hvilke behandlinger som er evidensstøttede, sannsynlig effektive og som trenger ytterligere forskning (se Chambless, Baker, Baucom et al 1999). For å kunne samle tilstrekkelig evidens av tilstrekkelig kvalitet, har det vært laget håndbøker (manualer) slik at terapeutene har kunnet lære, og følge, metodens spesifikke innhold. Uten en slik manual vil man ikke kunne overføre metodens resultater til andre terapeuter eller andre kontekster. Det er lett å forstå motstanden mot å manualisere en behandlingsform, gitt at terapi er så individuell og så uforutsigbar. Imidlertid har også systemiske terapeuter i flere sammenhenger laget håndbøker/beskrivelser av det terapeutiske forløpet for å benytte dette i forskning (se Jones & Asen 2000; Pote, Stratton, Cottrell, Shapiro & Boston 2003; Pincus 2005).

Bruce E. Wampold (2001) skiller mellom en kontekstuell og en medisinsk modell. Den kontekstuelle modellen vektlegger a) den følelsesmessige relasjonen mellom terapeut og klient, b) den helbredende terapisituasjonen, c) den troverdige forklaring av problemene og d) klientens tro på behandlingen. Den medisinske modellen vektlegger a) et avgrenset problem (sykdom/diagnose), b) vitenskapelig forklaring på årsaken, c) kunnskap om sykdoms- og bedringsmekanismer og d) spesifikke terapeutiske handlinger som intervensjoner i mekanismene eller årsakene. Gjennom sine metastudier mener Wampold å finne klar støtte for at den kontekstuelle modellen er overlegen på det psykoterapeutiske området.

Fortsatt er betydningen av spesifikke teknikker i psykoterapi og terapeutens rolle omdiskutert, med interessante synspunkter på begge sider (Sexton, Ridley & Kleiner 2004; Sexton 2007; Sprenkle & Blow 2007; Blow, Sprenkle & Davis 2007). Som tidligere nevnt, er det vanskelig å gjennomføre medisinske krav til forskningsdesign innen psykologisk behandling. Der medisinen kan bruke sukkerpiller (placebo), slik at verken behandler eller pasient vet hva slags behandling de får, er det umulig å kamuflere psykologisk behandling tilsvarende. I tillegg er både diagnoser, årsaker og virkningsmekanismer atskillig mer uklare enn i medisinen. De fleste etablerte terapimetoder har dokumentert effekt som er bedre enn ingen behandling, venteliste etc. Det er også gjort en del sammenligninger mellom terapiformer, uten at det er gjort på like vilkår (for eksempel er det stor forskjell på en poliklinisk samtale pr. uke med en ungdom og et intensivt, koordinert behandlingssopplegg i familie, på skole og i fritid).

Hubble, Duncan og Millers *The Heart & Soul of Change* (1999) og Bruce Wampolds *The great psychotherapy debate* (2001) er to av de mest siterte bøkene på dette feltet. Selv i "enkle" forsøk med utprøving av medisin er det en stor effekt av hvem som har betalt forsøkene. I psykoterapi er det også en klar overvekt av resultater som favoriserer forskernes favorittterapi. Både Luborsky og Wampold har demonstrert at i de fleste av de undersøkelsene der det er funnet at en metode er bedre enn en annen, er det *undersøkerens* foretrukne metode som kommer best ut ("allegiance effect"). Det er hittil ikke publisert noen artikkel (med grunnleggeren av en terapiretning som førsteforfatter) der egen terapiretning har kommet dårligere ut enn andre (Luborsky et al 1999, sitert i Rønnestad 2008). De siste årene er det også satt fokus på selektiv publisering; at bare prosjekter som gir "positive" resultater blir sendt inn til tidsskrift. Når

man tar med de prosjektene som ikke er publisert, blir konklusjonene helt annerledes (se f. eks. Kirsch, Deacon, Huedo-Medina et al 2008).

Det er flere metoder for parterapi som har greid å opprette detaljerte manualer og drevet systematisk opplæring, forskning og evaluering. Grunnleggeren av *Emotion Focused Therapy* (EFT), Susan Johnson (2003), imøtegår kritikken fra metaforskning ved å peke på at metodeforskjeller kan være spesifikke eller skjulte, og at metaundersøkelser derfor overser resultater. Det er bl.a. indikasjoner på at ulike grupper kan profitere ulikt på ulike metoder. Hennes forskning på virksomme prosesser i parforhold kan bidra til å gi ideer også til klinisk arbeid, som for eksempel hvordan dårlige relasjonsferdigheter hos et par kan oppveies av positive følelser (Johnson, Cohan, Davila et al 2005). Hun argumenterer for at manualbaserte forskningsprosjekter ikke detaljstyret hva terapeuten skal gjøre til en hver tid, men at den er en slags "grunnoppskrift" for fokus og struktur for behandlingen. Johnson peker også på at de manualbaserte metodene har korreksjonsstrategier når behandling ikke virker, i motsetning til mye "vanlig" klinisk praksis. Undersøkelser av manualbaserte metoder har også gjennomgående rapportert høye allianseskårer, og har sitt store fortrinn når det gjelder opplæring i familierapikunsten. Også Johnson understreker nødvendigheten av å ha et samarbeid med klienten som innebærer at klient og terapeut kan dele synet på mål og metode. Det er funnet at spesielt enighet om metode/oppgaver i behandlingen er viktig for et godt resultat av EFT, men at fokus på metode i stedet for på relasjon kan være ødeleggende (se Johnson 2003). Dette er nokså likt det Esben Hougaard (2004) har kalt individualisert evidensbasert behandling, som han mener er i motsetning til og er bedre faglig begrunnet enn empirisk validert terapi med utgangspunkt i metoden framfor individet. Se også Sexton et al (2007) for en diskusjon om retningslinjer for evidensbaserte behandlingsmetoder i par- og familierapi.

Susan Johnsons metode tar utgangspunkt i at følelser er undervurdert i terapi, og spesielt selve opplevelsen av følelser i terapisisuasjonen. Hun benytter derfor bl.a. "enactment"-teknikker der paret (ut)spiller seg selv og sine vansker sammen med terapeuten. At følelsene behandles annerledes og møtes med andre reaksjoner enn i dagliglivet, regnes som en virksom faktor i denne behandlingsformen. Metoden forholder seg også til hvordan negative utvekslinger mellom partnere i timen kan behandles terapeutisk. Hun mener emosjonsfokus både får fram det som er viktig, at det er meningsskapende, motiverer for endring og

kommuniserer de individuelle synspunktene. Denne metoden er i stor grad bygget på tilknytningsteori etter Bowlby (Johnson 2005b).

Atferdsterapi, Kognitiv atferdsterapi – og senere *Integrativ kognitiv atferdsterapi* for par, utviklet bl.a. av Jacobson og Christensen – er blant de mest studerte metodene, og har konsistent gitt gode resultater i forhold til kontrollgrupper i randomiserte studier (se Christensen, Doss & Atkins 2005). Som navnet antyder er metoden fokusert på å øke antallet positive handlinger partnerne utfører i forhold til hverandre, men også å benytte kommunikasjons- og problemløsningsteknikker og å bedre seksuallivet gjennom konkrete tiltak. Etter hvert har metoden utviklet seg til å omfatte flere kognitive og emosjonelle intervensjoner. Metoden har også vist seg effektiv med par der den ene partneren er deprimert (Beach & Gupta 2005). Christensen, Doss og Atkins argumenterer likevel for at det er lite støtte for at denne metoden er bedre eller spesielt annerledes enn andre metoder for parbehandling, og legger også vekt på de "empirisk støttede relasjonene" og anbefaler i større grad å søke etter empirisk kunnskap om endringsprinsipper. Andre metastudier bekrefter at metoden er effektiv sammenliknet med ingen behandling, men indikerer likevel at effektene kan være noe mindre enn det som er rapportert. Mange av undersøkelsene har også begrenset klinisk validitet (Shadish & Baldwin 2005), selv om det antas at det ikke har påvirket resultatene vesentlig.

John og Julie Gottman er blitt kjent for sine oppsiktsvekkende resultater etter et longitudinelt studium med systematiske observasjoner av par. De har også lagt ned et banebrytende arbeid i å omsette sine forskningsresultater til både kartleggingsinstrumenter (Gottman & Ryan 2005), en teori om samliv, *Sound Marital House* (Gottman 1999), og til utvikling av en behandlingsmetode. Denne metoden har de siste årene blitt benyttet mer i familievernet. De kombinerer både edukative og terapeutiske intervensjoner. Gottman kunne med sine observasjonsdata fra strukturerte situasjoner forklare 80-90 prosent av variansen i samlivsbrudd. Selv om dette er blitt tolket som at det er mulig med disse kartleggingsmåtene å forutsi med stor sikkerhet hvem som vil bli skilt, er dette lite sannsynlig og har ikke empirisk støtte (se Heyman & Smith Slep 2001). Gottman har vist at de *i ettertid* har kunnet forklare hvilke forhold som ble oppløst, men det er ikke vist at man *på forhånd* kan identifisere parforhold som vil ryke. Gottmans kanskje største bidrag til forståelsen av parforhold er imidlertid deres identifikasjon av vesentlige prosesser i parforhold

og forståelse av at "fred er ei det beste". Det er viktigere at partene har mestringsstiler som matcher. De har blant annet foreslått at terapeuter bør slutte å benytte "aktiv lytting" og i stedet å fokusere på andre måter å håndtere konflikter på (Gottman, Coan, Carrere & Swanson 1998). Også deres identifikasjon av kommunikasjon med stor ødeleggende virkning, "apokalypsens fire ryttere" (kritikk, forsvar, forakt og isfront) er blitt mye benyttet både i samlivskurs og i behandling. Gottmans forbilledlige spesifisitet på observasjoner og på identifisering av viktige prosesser gjør imidlertid også at kulturelle aspekter blir framtrepende. Det er derfor nødvendig å undersøke om funnene og intervensjonene vil være gjeldende i norske populasjoner.

Empirisk validert parterapi for spesifikke problemer

Parproblemer innvirker i stor grad på den enkeltes opplevelse av å ha det bra (Fincham & Beach 1999). Samlivsvansker er forbundet med forhøyet frekvens av andre psykiske eller somatiske helseplager, i tillegg til vold, rusproblemer og problemer hos barn (Snyder, Castellani & Wishman 2006; Johnson 2003; Christensen & Heavey 1999). Personer med alvorlige sykdommer, eller som har mye depressive- eller angstsymptomer, har ofte også vansker i samlivet. Sannsynligvis gir slike individuelle problemer utfordringer i parforholdet, samtidig som problemer i parforholdet kan forsterke eller utløse depresjon og angst (Whiffen 2005). Dette innebærer at de som behandler slike lidelser bør være oppmerksomme på samlivs- og familieproblemer, og det er forventet at relasjonelle diagnoser inkluderes både i DSM-diagnosesystemet for psykiske lidelser og rutinemessig i behandling av psykiske lidelser (Beach & Kaslow 2006). Motsatt bør de som behandler samlivsvansker og familieproblemer være oppmerksomme på både fysisk sykdom og psykiske problemer hos sine klienter (se Papp, Goetze-Morey & Cummings 2007; Refnin 2007). Dette kan også reise etiske og teoretiske tema, for eksempel om bruk av medisin (Murray & Murray 2007). Selv om de fleste undersøkelsene av parterapi har parforholdet som resultatvariabel, er det også gjort en god del undersøkelser for å vurdere effekten på andre psykologiske problemer (Isakson, Hawkins, Harmon et al, 2006).

Vold i nære relasjoner: Det er rapportert om at mild/moderat fysisk aggresjon finnes i mer enn halvparten av parene som søker hjelp. I opptil 85 prosent av parene deltar begge parter i slik aggresjon. Både i forhold

til alvorlig vold og til vold som ikke har ført til fysiske skader er det funnet gode effekter av parterapi med fokus spesifikt på vold (Christensen & Heavey 1999; Snyder, Castellani & Wishman 2006). Det er imidlertid bekymringsfullt at volden ikke opphørte hos flere av de behandlede parene, og det var mange par som sluttet raskt i behandling (drop-out). Dette understreker betydningen av ikke å fordype seg i terapeutiske prosesser uten samtidig å drive et grundig sikkerhetsarbeid for å hindre flere voldsepisoder. Resultatene av parterapi er imidlertid ikke dårligere enn i annen behandling for familievold, og det er også en undersøkelse som viser reduksjon av mild/moderat vold selv etter parterapi som ikke har hatt fokus på volden (Simpson, Atkins, Gattis & Christensen 2008). Likevel er de fleste enige i at for å behandle vold i parforhold er det en forutsetning at den som utøver volden, tar ansvar og erkjenner sin egen rolle (se Middelborg, Liljedalen, Tindberg, Solevåg & Lang 2007).

Seksuelle problemer: Seksuelle problemer er hyppig forekommende hos par som oppsøker hjelp. I mange tilfeller benyttes vanlige behandlingsstrategier, men ofte er det også spesifikke problemer som utløser behov for mer fokuserte behandlingsmetoder. Ofte er slik terapi rettet mot den av partene som opplever problemet, mens den andre opererer som "medhjelper" eller støtte. Både for lystproblemer og for orgasmeproblemer hos kvinner er dette benyttede strategier som Snyder, Castellani og Wishman (2006) oppsummerer at det er noe empirisk støtte for. De senere årene benyttes slike strategier for menn i mindre grad enn Viagra og andre medisinske tilnærminger for seksuelle/potensproblemer (Christensen & Heavey 1999).

Rus og avhengighet: Parterapi som en del av behandling mot rus/avhengighetsproblemer har også vist seg effektivt sammenliknet med individuell behandling alene (Stanton & Shadish 1977), og "pårørendeproblematikk" er et etablert begrep innen rusbehandling. Dette gjelder både for rusmisbrukende menn og for kvinner (Fals-Stewart, Birchler & Kelley 2006).

Psykiske lidelser: Christensen og Heavey (1999) oppsummerer studier som viser at både for depresjon, tvangslidelser og angstlidelser er det funnet gode resultater ved å inkludere partner i behandling, og parterapi kan gi like gode resultater som annen (kognitiv) terapi. Rita Nielsen (2004) har gitt både en oversikt og eksempel på nyttig parterapi ved depresjon. Både atferdsrettede, følelsesrettede og systemiske tilnærminger har vist seg effektive, ofte som tillegg til andre, kjente endringsprosesser som kognitive

teknikker, positivt fokus, eksponering, restrukturering etc. Parbehandling har vist like gode eller bedre resultater enn bl.a. behandling med antidepressiva (se Snyder, Wishman & Castellani 2006; Johnson 2003; Jones & Asen 2000). Det er vist at personer som kommer til parterapi – også i Norden – har forhøyet frekvens av symptomer på psykiske lidelser (Lundblad & Hansson 2005; Refnin 2007). Lundblad og Hansson fant også at slike symptomer ble bedret gjennom parterapi – samtidig som også parforholdet bedret seg. Ved Modum Bad har de vist at en forutsetning for godt resultat av parterapi når den ene parten er deprimert, er at de individuelle problemene også blir fokusert i parterapien (Nordby 2003).

Somatiske lidelser: Framveksten av familieperspektiv i behandlingsapparatet har gjort at parsamtaler benyttes i økende grad for behandling av somatiske lidelser og kroniske smertetilstander for å øke pasienters mestring av sin tilstand – og for å øke livskvaliteten på tross av sykdom. Snyder, Wishman og Castellani (2006) refererer en del undersøkelser som viser god effekt av slik behandling.

Selv for problemer lokalisert til en identifisert pasient kan altså parterapi eller partnerassistert terapi være nyttig både som foretrukket primær behandlingsform og som tillegg til annen behandling. Isakson et al (2006) argumenterer imidlertid for å undersøke begges problembelastning i starten for å avgjøre om parterapi er indisert, etter å ha sett at kvinner som har en partner "uten" problem, har bedre utbytte av individuelle tilnærminger.

Empirisk validert familierterapi

Det bør også nevnes at tilnærminger med familieperspektiv, spesielt ved psykiske lidelser hos barn, også har god empirisk støtte. Det samme gjelder for atferdsvansker og rusproblemer. For atferdsvansker hos barn og ungdom er det bl.a. grunnlag for å anta at både *Parent Management Training* og *De utrolige årene* (Barlow & Parsons 2005), *Multisystemisk terapi* (Henggeler, Schoenwald, Borduin & Swenson 2006) og *Functional Family Therapy* (Sexton & Alexander 2003) gir effektiv og god hjelp. Noe av vanskene med å etablere "sikker kunnskap" på dette området kan illustreres ved at selv MST (en manualisert metode rettet mot definerte problemområder, og som er oftere undersøkt enn mange andre metoder) ikke har tilstrekkelig dokumentasjon til å bli referert som "sikker" i en systematisk kunnskapsoversikt (Littell 2006; Littell, Popa & Forsythe 2005). Julia Littell er også i gang med en systematisk kunnskapsoversikt over

FFT, bl.a. i samarbeid med det norske Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Disse kunnskapsoversiktene blir registrert i internasjonale oversiktsdatabaser, men det er likevel reist kritikk mot metodene og konklusjonene. Dette illustrerer at bruken av evidensstempelet som forutsetning for å ta i bruk en behandlingsmetode, er problematisk. *Strukturelle og strategiske familierterapi tilnærminger* har også en relativt god forskningsbase (se Mitrani & Perez 2003). *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT) er en annen metode i samme tradisjon, som har en forskningsmessig evidensbase for familiebehandling av atferds- og rusproblem hos ungdom (Santisteban, Suarez-Morales, Robbins & Szapocznik 2006). BSFT har også dokumentert effekt i forhold til minoritetsbefolkning, noe som ofte er en mangel. Også *Løsningsfokuset korttidsterapi* er en evidensstøttet praksis (Wettersten, Lichtenberg & Mallinckrodt 2005; Trepper, Dolan, McCollum & Nelson 2006) som har vært mye brukt i Norge.

Selv om opphavsmennene til de manualiserte og evidensstøttede metodene understreker at deres metoder er kjennetegnet ved spesifikke virksomme intervensjoner, legges det stor vekt på fellesfaktorer som engasjement i behandlingen og relasjon. Likevel legger de stor vekt på "metodisk troverdighet" (fidelity) eller trofasthet mot metodene (adherence), basert på en forutsetning om at hvis vi ikke gjør slik de gjorde i forskningsprosjektet vil kanskje ikke intervensjonene virke. Det medfører at mye ressurser legges ned i opplæring i metodens teknikker, og senere supervisjon. Det er imidlertid ikke lett å finne støtte for dette behovet i forskningsresultatene (Barnoski 2002; Hollimon 2005; Perplechikova, Treat & Kazdin 2007), og det kan også hevdes at det er viktig å bruke behandlingsmetodikk kreativt tilpasset den enkelte sak for å få den beste effekt. Det er videre ikke presentert overbevisende evidens for at implementering av manualbaserte metoder radikalt endrer behandlingseffektivitet på ett område i forhold til vanlig god praksis (Bickman 2006; Flåm 2008). Dette bør likevel ikke hindre utbredelse og bruk av godt beskrevne og godt dokumenterte metoder.

Empirisk validerte fellesfaktorer

Bufetats verdier er **respekt, åpenhet og deltakelse**. Disse tre begrepene dreier seg i stor grad om selve møtet med et annet menneske og den påvirkning den enkelte kan ha på eget liv. I alle tjenesteytende sammenhenger vektlegges relasjonsaspektet og deltakelse (agency) som grunnleggende. Ingen ser ut til å være uenige om at det er noen generelle faktorer ("common factors") i selve behandlingskonteksten

ved psykoterapi (og i andre mellommenneskelige hjelpe-relasjoner), og at virkningen av disse faktorene har god empirisk forankring. Frank og Franks bok (1991) *Persuasion and healing* (3.utg.) kom med en mye brukt inndeling (sitert bl.a. i Davis & Piercy 2007a). De nevner et sterkt *emosjonelt bånd* mellom terapeut og klient, en *terapeutisk situasjon* klienten tror kan være hjelpende, en *troverdige forklaring* for plagene og et *troverdige ritual/prosedyre* for å avhjelpe plagene. Wampold (2007) understreker sammenhengene også til kulturelle/religiøse helbredelsesritualer. Senere er Michael Lamberts inndeling av de generelle faktorene mye sitert (Asay & Lambert 1999):

- Klienten selv – konstitusjon, motivasjon, livshendelser, sosial støtte (Duncan, Miller & Sparks 2000)
- Terapeutisk allianse – emosjonelt bånd, meningsfulle oppgaver, og et felles mål (Norcross 2002)
- Forventning og placebo – tro, håp, troverdighet og mening (Ekeland 2000a; 2000b)
- Teknikker – felles helbredende tilnærminger felles for ulike metoder og teknikker (Sprenkle & Blow 2004a; 2004b)

Disse faktorene har vært gjenstand for en god del forskning, slik at deres innvirkning på psykoterapiresultat er vel etablert, og det forsøkes utviklet teoretisk grunnlag for en slik kontekstuell modell (Wampold 2001; Karver, Handelsman, Fields & Bickman 2005).

Den terapeutiske alliansen er i seg selv blitt konstituert som en evidensstøttet praksis (Norcross 2002). Selv om den er en *nødvendig* forutsetning, er det likevel uenighet om allianse er *tilstrekkelig* for å skape endring. De fleste ser det som en umulighet at man skal ha en "ren" relasjon uten at terapien har noe annet innhold (Sprenkle & Blow 2004), slik Carl Rogers i sin tid hevdet (relasjonen er en *nødvendig og tilstrekkelig* betingelse).

I parterapi blir det lagt spesiell vekt på å etablere en allianse ikke bare med de enkelte personer, men også med *paret*, siden parlojaliteten kan komme i konflikt med individuelle behov (Symonds & Horvath 2004; Pinsof 2008; Sprenkle & Blow 2004; Garfield 2004). Når en terapeut skal inngå i tre allianser samtidig, øker det sjansene for at det oppstår en "splittet relasjon", at det er forskjeller i kvalitet og styrke mel-

lom alliansene i behandlingen (se Beck, Friedlander & Escudero 2006; Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann 2007). Splittet allianse er en utfordring for behandlingsprosessen og er negativt for resultatet. En slik utvidelse av alliansebegrepet innebærer også et hovedfokus på relasjonelle mer enn på (den andres) individuelle problemer, selv om individuelle endringer er nødvendig for å oppnå målet. Det vil være vanskelig å holde det individuelle i fokus om parlojaliteten er lav eller om paret er uenige om målet er å komme videre sammen eller å avklare parforholdet. Garfield (2004) understreker også betydningen av tidlig å *identifisere* individuelle problemer som angst, depresjon, bipolare eller tvangs-symptomer og *bekrefte* deres betydning i forholdet.

Også for den terapeutiske relasjonen er det viktig at klientene forstår at terapeuten har skjønnet betydningen av deres egne tidligere relasjonserfaringer fra opphavsfamilie etc. Det er også sannsynlig at en relativt dårlig allianse i første terapitime kan føre til prematur avslutning av behandlingen (Mamodhousen et al 2005; Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann 2004). Begge disse undersøkelsene viste også at individuelle symptomer i liten grad påvirket allianse i parterapi, mens stor belastning i parforholdet (for menn) og seksuell misnøye (for kvinner) gir utfordringer for den terapeutiske alliansen. Negative opplevelser (ubearbeidede) i oppvekstfamilien kan også påvirke de terapeutiske relasjonene negativt. Dårlig allianse i første samtale kan samtidig være utgangspunkt for et godt resultat (Miller, Duncan, Brown, Sorell & Chalk 2006) forutsatt at dette tematiseres og at klientene får tro på at samtalene kan endres. Dette gir argumenter for å evaluere både problembelastning, tidligere relasjoner og allianse grundig allerede i første samtale.

De fleste kliniske forskere vektlegger reparasjon av brudd/utfordringer i alliansen som en god *mulighet* for å skape en behandling som gir et godt resultat. I tillegg til det klienten bringer inn i relasjonen og terapeutenes mellommenneskelige kompetanse, tar terapeuten med seg sin endringsforståelse og sine verdier. Når disse benyttes bevisst og eksplisitt, kan de være knagger som gir klienten nye måter å se egen situasjon på. Når terapeuten er villig til å prøve ut ulike måter å forstå klientens problemer på, kan det forebygges "revner i relasjonen" og å reparere slike når de oppstår (Pinsof, Zinbarg & Knobloch-Fedders, in press). Relasjonsarbeid innebærer også balansering av makt i terapisisituasjonen og tematisering av terapeutenes kjønn i ulike sammenhenger.

Klientens individuelle eller relasjonelle problemer har vært benyttet for å forklare vansker med å etablere terapeutisk allianse, selv om den empiriske støtten for dette er variabel. Det er åpenbart at personer med personlighetsforstyrrelse (DSM akse II-diagnoser) har vanskelig for å inngå i hjelpende allianser. Symptomer på psykiske lidelser er derimot ikke noe hinder (Mamodhoussen et al 2005; Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann 2004), og det er ikke lenger akseptabelt å gi klienten skyld for at det ikke er etablert en god terapeutisk allianse.

Terapeutfaktorer har i stadig større grad kommet i fokus, siden det viser seg at det er stor forskjell på resultater klienter oppnår hos ulike terapeuter – på tross av like metoder (Okiishi, Lambert, Eggett et al 2006; Miller, Duncan, Sorrell & Brown 2005). Baldwin, Wampold og Imel (2007) finner at det er lite variasjon i resultatene mellom ulike klienter hos samme terapeut, mens det er stor variasjon mellom resultatene for ulike terapeuter, og det er også funnet at ulikhet i terapeuters resultater er stabile over tid (Wampold & Brown 2005). I *Beste praksis*-undersøkelsen i familievernet (Anker, Duncan & Sparks, in press) ble det også registrert forskjeller i resultat mellom terapeutene. Blow, Sprenkle og Davis (2007) argumenterer sterkt for at slik kunnskap må få konsekvenser for utdanning og opplæring av terapeuter der det fokuseres mindre på tidens (eller personers) "favorittmodeller". De mener at kompetanse i å stimulere fellesfaktorer, varierte teknikker/metoder, utvidet relevant samfunnskunnskap og personlige egenskaper og holdninger må vektlegges i mye større grad.

Davis og Piercy (2007b) finner ved å studere terapier med opphavsmenn til ulike metoder mange felles trekk på tross av ulik teoretisk-metodisk tilhørighet. Selv om det tidligere er rapportert at utdanning og erfaring er lite viktig for å bli en god terapeut (Dawes 1994), er det også funnet at forskningsstudier med *mindre* intensiv trening av terapeutene, *mindre* strukturert terapi, men *mer* erfarne terapeuter har større effektstørrelser enn andre studier (Wright et al 2007). Et temanummer av *Psychotherapy Networker* (Nov/Dec 2007) ble viet "Supershrinks". Scott Miller og hans kolleger skriver her om hva som skal til for å bli en bedre terapeut: Vite hvor god du er, trene for å bli bedre og få tilbakemeldinger på arbeidet ditt. Miller begrunner dette med empiri og erfaring fra andre områder, slik som kunst og sport. Dette er helt i tråd med Demings sirkel for kvalitetsforbedring. Det er også sannsynlig at ulike terapeuter har styrker på ulike områder og med ulike metoder. Per Jensen (2006) uttrykker at vi bør være mindre opptatt av hva slags behandling

som virker best på hvilke problemer, eller hva som virker best under ulike omstendigheter. Hans radikale spørsmål er "hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient" (s.105).

Tro, håp og forventning kalles innen medisinen for "placeboeffekt", og sees ofte som forstyrrende i forskning. Den viser imidlertid en stabil stor effekt utløst av psykologiske prosesser, og Ekeland (2000b) kaller det for "psykoterapi naturell". Michael Lambert er også kritisk til å avskrive slike funn med at det "bare er placeboeffekt", og ønsker å dekonstruere dette begrepet empirisk (Lambert 2005). Forventninger kan bidra til bedre behandling på flere måter. Det kan være forventninger om å møte en forståelsesfull terapeut, om intervensjoner som er i tråd med klientens tro på hva de trenger og hva som virker etc. En annen type forventning er troen på at behandlingen vil virke, noe som i seg selv kan skape gode resultater av terapi (Dew & Bickman 2005). Siden klientenes preferanser for behandlingsmetode virker ulikt inn på den terapeutiske alliansen når de får behandling i overensstemmelse med sine forventninger og når de får annen behandling (Iacoviello, McCarthy, Barrett et al (2007), bør forventningene måles ved randomiserte forsøk med ulike behandlingsmetoder. Nylig er også begrepet om selvstendig motivasjon foreslått som en egen fellesfaktor (Zuroff, Koestner, Moskowitz et al 2007; Duncan 2008). De fant at motivasjon i form av selvstendig valgt behandling og aktiv deltakelse var bedre prediktor for resultat i behandling av depresjon enn terapeutisk allianse. Dette understreker igjen behovet for reell brukermedvirkning i behandlingen.

Klientens selvhelbredelse og konstruktive bruk av livshendelser er godt dokumentert både med overlevelseshistorier fra konsentrasjonsleire, "løvetannsbarn" osv. og med forskning bl.a. basert på Antonovskys begrep om resiliens (Walsh 2003). Dette er en nødvendig forutsetning for terapeutisk endring, og er utførlig beskrevet i bl.a. *Heroic Client* av Duncan, Miller og Sparks (2004).

Felles teknikker er teknikker som er felles for alle samtalemetoder (Sprenkle 2001a). Davis og Piercy (2007a) viser til hvordan grunnleggerne av ulike terapimodeller har felles strategier. Dette omfatter bl.a. å spørre fram hvordan tidligere relasjoner (i opphavsfamilie eller tidligere forhold) påvirker deres atferd, og hvordan interaksjonsprosessene i forholdet blir dysfunksjonelle. Sprenkle (2004) uttrykker at generelle faktorer bare virker når terapien foregår innenfor rammen av en *modell/metode* som terapeuten og klienten anser meningsfull. Han ser med andre ord

allianse, placebo og teknikk i et systemisk perspektiv der de er gjensidig avhengige av hverandre og ikke kan rendyrkes hver for seg. Etter vår mening er dette et fruktbart perspektiv både for forskning og ikke minst for klinisk praksis.

Davis og Piercy (2007a) framhever at det både er prinsipper som er felles på tvers av modell, og temaer og teknikker som er modell-spesifikke. Klientenes forestillinger om årsak til problemene i utgangspunktet var vage, men de adopterte terapeutenes syn/ forklaring og terapeutenes språk. Ulike terapeuter ga ulike forklaringer avhengig av hvilken metode de "tilhørte". Slik sett er årsaksforklaring, målformulering og intervensjon ofte i større grad avhengig av terapeuten enn utledet fra problemet eller klientene. Siden forventningsfaktoren er viktig for terapieresultatet, vil vellykket terapi være avhengig av at den endringsteori terapeuten presenterer, gir mening og kan aksepteres av klienten. Intervensjoner ble forklart ulikt innenfor de ulike modellene, men så like ut fra observatørperspektiv. De ulike terapeutene identifiserte relasjonelle (negative) sykluser ved å gå gjennom dem i sakte tempo, og oppfordre til metaperspektiv der de involverte kunne reflektere om eget ansvar i prosessen. Terapeutene la også ofte vekt på erfaringer fra tidligere nære relasjoner og de benyttet ofte metaforer om problemprosessen. Terapeutene la i sine intervensjoner ulik vekt på, men inkluderte både kognitive, emosjonelle og handlingsaspekter. Endringer viste seg som regel også ved at tanker, følelser og handlinger gikk hånd i hånd. Resultatene var veldig like uavhengig av modell: Klientene ble mer avsløpne i sine reaksjoner og handlinger overfor hverandre og ga den andre "mer plass".

Davis og Piercy intervjuet terapeuter med spesiell kjennskap til og interesse for metoden de benyttet. Når terapeuter er mindre dedikert til en modell, vil de kanskje også ha større vanskeligheter med å "selge" modellens forklaringer og språk til klientene. Man kan hevde at klientenes egne endringsteorier og årsaksforklaringer må utforskes og spørres fram for å bli tydelige, og at klientenes forståelse da med fordel kan benyttes som utgangspunkt for valg av (videre) behandlingstilnærming (Duncan, Miller & Sparks 2004). Enighet i den terapeutiske enheten om forståelsesmodell må likevel anses for å være viktig for en godt fungerende parbehandling. Sprenkle og Blow (2004) hevder at en slik arbeidsmodell er kjøretøyet som får drivstoffet (generelle faktorer) til å virke. Dette gir store utfordringer i parterapi, der klientene ofte har ulike teorier om hva som forårsaker problemene og hva som skal til for å løse dem.

I det siste har Barry Duncan (2008) foreslått tilbakemelding som en femte kontekstuell faktor. Dette foreslår han på bakgrunn av en lang rekke resultater fra implementeringsforsøk (se bl.a. Brown & Jones 2005) og i senere randomiserte forsøk (Anker, Duncan & Sparks, in press; Reese, Norsworthy & Rowlands, in press).

Empirisk validerte endringsprinsipper

I tillegg til evidensbaserte *metoder* og evidensbaserte *relasjoner* er det også argumentert for å flytte forskningsfokus fra metodeeffekter (hva virker) over til *endringsprosesser* (hvordan det virker) (se Christensen, Doss & Atkins 2005). Disse hevder at det kan finnes generelle prinsipper for endring. Det kan være mulig å identifisere metodiske og relasjonsfremmende prosesser som kan fremme slike endringsprinsipper (Heatherington, Friedlander & Greenberg 2005). En del vil hevde at dette er "modernistiske" tilnærminger som ikke har gyldighet innenfor menneskekunnskap. Men nettopp fokus på endringsprosesser gjennom kasusbeskrivelser og anerkjente terapeuters erfaringsbeskrivelser har vært sentrale i utviklingen av familierapifeltet (se f. eks Asen 2002 for en kort oversikt over systemiske tilnærminger). Om disse kvalitative eller erfaringsbeskrivelsene utfylles med kvantitative beskrivelser, vil dette kunne bidra til en "tykkere" historie om hvordan bedrive god og effektiv behandling. For eksempel er det innenfor narrativ metode gjort systematiseringer til bruk i forskning (Fiese & Spagnola 2005). Videre er det hevdet at observasjonsstudier, og replikasjoner av slike i andre sammenhenger, kan gi verdifull kunnskap (Kim & Capaldi 2007). Det er også mulig å se slike prosesser som det Jon Elster (1998) kaller "mekanismer" –kjente kausale relasjoner som utløses under ukjente forhold og med ukjente konsekvenser. De har derfor liten prediktiv verdi, men stor forklaringsverdi. Elster anser slike mekanismer som å ligge abstraksjonsmessig mellom lovmessigheter og observasjoner.

Flere store undersøkelser har funnet at tidlig opplevelse av – i det minste en liten – positiv endring har en sterk sammenheng med resultatet ved avslutning (se Asay & Lambert 1999). Utover aktiv deltakelse i behandling og å arbeide sammen mot samme mål, kan det også være ulike endringsprosesser som er viktige i ulike terapeutiske tilnærminger. Forskning kan derfor i større grad bli klinisk viktig om den identifiserer ulike virksomme prinsipper enn å finne fram til de "beste" prosessene. Slike prinsipper kan være

knyttet til klientrelaterte variabler, behandlingskontekst, terapeutvariabler eller en kobling av slike variabler (se Christensen, Doss & Atkins 2005). Eksempelvis viste Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen og Wishman (1989) at det å skape et godt samarbeid der klientene involverer seg og har tro på behandlingen, er vesentlig for resultatet av parterapi innenfor en sosial læringsteori. Pinsof og Wynne (2000) har enda større ambisjoner gjennom sitt begrep om "progress research" som de håper kan hjelpe klinikerne med valg underveis i behandlingen. Forskning på avgjørende punkt i behandling understreker at terapi er svært subjektive og variable prosesser (Stern 2007), men et fellestrekk er at terapeuten fokuserer og refokuserer på tema som er emosjonelt og relasjonelt viktige for den enkelte klient (Davis & Piercy 2007b). Andre prosesselementer er balanse mellom flyt og struktur, nøytralitet/se begge sider, samarbeid, trygghet og åpenhet.

Det er også ofte liten grad av overensstemmelse mellom partnere eller mellom den enkelte klient og terapeuten (Helmeke & Sprenkle 2000) i opplevelse av behandlingsprosessene. Susan Johnson (2003) refererer en del funn om kjønnsforskjeller også når det gjelder mestringsstrategier, målsettinger og reaksjoner på ulike behandlingsprosesser. Mye av forskningen på dette området er amerikansk, og det er mulig at kulturelle ulikheter gjør at endringsprosessene i norsk sammenheng kan være annerledes. Forskning på tilgrensende områder, som sosialpsykologi, utviklings-/tilknytningspsykologi, antropologi osv. kan også bidra til forståelse av effektive par- og familiebehandlingsprosesser.

Kommunikasjonstrening og konfliktløsning har vært sentrale elementer i de fleste undersøkelsene av parterapi, mens tilknytningsteori og opphavsfamiliens betydning har fått et økende fokus i parbehandling (Wampler, Shi, Nelson & Kimball 2003). Også non-verbal atferd, følelser og emosjonell støtte har blitt gjenoppdaget i forskning på parterapi (Johnson 2003; Gottman 1999). For å influere på disse prosessene er refleksjon en vel så viktig intervensjon som de mer instrumentelle intervensjonene, hjemmeoppgavene etc som tidligere har preget mange av terapimodelle. Også god effekt av spesifikke former for "enactment" – at familiemedlemmenes relasjoner utspilles i nåtid sammen med terapeuten – er dokumentert i forskningsprosjekter (Seedall & Butler 2006). Prosesser involvert i andre terapiformer, som mental tilstedeværelse ("mindfulness") er også etter hvert anvendt i parterapi (Block-Lerner, Adair, Plumb et al 2007; Barnes, Brown, Krusemark, Campbell & Rogge

2007). Doss, Thum, Sevier et al (2005) fant også at atferdsendring kunne være viktig tidlig i parterapi, mens aksept av den andre kunne være viktig senere i terapien. Dette kan dermed innebære at ulike intervensjoner/teknikker/metoder kan benyttes i ulike faser av behandlingen.

Jo mer spesifikke prosesser som blir beskrevet, desto større grunn er det imidlertid til å ta hensyn til den kulturelle konteksten. Familielivet og rammene rundt det varierer mye, og norsk kultur og samfunn bør betraktes som spesielt sammenliknet selv med andre land, selv om vi er kategorisert under en vestlig "kulturparaply". Dette gjelder både sammenhenger og konkret atferd. En spesifikk terapeutisk væremåte/spesifikke spørsmål og interne prosesser i et par kan oppleves nokså annerledes i Norge enn i Australia. Før vi integrerer forskningsfunn i norsk praksis, bør vi sikre oss at de er kulturelt og institusjonelt overførbare. Selvfølgelig bør vi alltid ha med en slik kulturell forsiktighet, også mellom geografiske og kulturelle skillelinjer innen eget land.

Hva nå?

Hvor går forskningen videre? Christensen, Baucom, Vu & Stanton (2005) presiserer at det er et spesielt behov for forskning for å nå dem som i dag ikke har positiv effekt av parbehandlingen, eller som faller tilbake i gamle, destruktive mønstre i etterkant. De mener dette krever mange små skritt fra ulike perspektiv og metoder.

Gottman og Notarius (2002) ser bl.a. behovet for å integrere sosiologisk og psykologisk metode i forskningen. Ellers argumenterer de for økende bruk av observasjonsstudier, og spesielt i naturlige situasjoner. På den måten kan forskerne også få studert sekvenser og mønstre i interaksjon. De ser behov for et større fokus på positive følelser – i tråd med det framvoksende feltet positiv psykologi (se Seligman 2002) – og et sterkere fokus på individuelle faktorer. Snyder, Castellani og Wishman (2006) argumenterer først og fremst for småskalastudier og detaljert analyse av endringsprosesser og aktive behandlingskomponenter hos både terapeuter, klienter og situasjoner. De savner også forskning på anvendbarheten og migrasjon av teknikker fra en behandlingssituasjon og et klientell til andre. De ser også at dokumentasjon av effektivitet er nødvendig i det helsepolitiske landskapet.

Sexton, Weeks og Robbins (2003) mener en bedre og bredere kunnskap er mulig å oppnå ved å benytte en

epistemologi som fokuserer på det dialektiske forholdet mellom relasjoner og individuelle meningssystemer, klinisk erfaring og funn fra forskning, klientens eget perspektiv og terapeutens syn på endringsprosessen. Pinsof og Lebow (2005) argumenterer for noe av det samme når de hevder at et familiepsykologisk vitenskapelig paradigme må basere seg på en matrise av teori og undersøkelsesfelt. De legger vekt på en utvidet systemisk teori som omfatter både biologiske systemer og større sosiale systemer. Videre argumenterer de for en epistemologi (interaktiv konstruksjonisme) der det forutsettes at det finnes en objektiv virkelighet – men at den ikke kan erkjennes mer enn delvis og ufullstendig. Vi er derfor avhengig av å utprøve og utveksle våre personlige kognitive representasjoner for å skape en best mulig intersubjektiv virkelighet. Til dette formålet er kvantitativ og kvalitativ forskning vesentlig. De argumenterer også mot det generelle begrepet om gjensidig kausalitet, fordi det later som at alle årsakssammenhenger er like viktige. Pinsof og Lebow hevder at selv om det er riktig at "alt henger sammen med alt", så er det av og til nødvendig å fremheve og dokumentere kausale sammenhenger. Ett eksempel på dette er utviklingsmessige konsekvenser for barn som opplever overgrep eller vold. Ulike faktorer kan også ha ulik betydning avhengig av innhold og styrke på konflikter. De mener at en fullstendig familiepsykologi må skaffe kunnskap innenfor personlighet/psykopatologi, innen utvikling og livsfaser, innen kjønn og kulturelle forskjeller, innen politikk og samfunn og innen intervensjons- og forebyggingstiltak.

En systemisk praksis der det finnes ikke bare et univers, men et multivers, av perspektiver, må ha et stort tilfang av tilgjengelige redskaper for å være tilpasset den enkelte. Og for å benytte redskapene på en faglig og kunnskapsbasert måte, trengs det en overordnet ramme som kan veilede terapeut og klient i hva som kan være nyttig til hvilken tid og som kan peke på mulige neste skritt.

I tråd med ovennevnte teoretiske ståsted argumenterer Pinsof (2005; 2008) for en integrativ problemsentrert terapi (IPCT), der terapeutisk fokus og terapeutisk struktur tilpasses både problem, pasient og terapeutisk utvikling. Gjennom en klinisk beslutningsmatrise åpner han for anvendelse av alle typer psykologiske intervensjoner/teknikker/metoder. Han anvender både psykoedukasjon, biologiske/atferdsrettede/kognitive intervensjoner, opplevelses-, relasjonelle og psykodynamiske tilnærminger. Dette er også i tråd med Christensen, Doss og Atkins' anbefaling om å benytte både preskriptive og evokative

intervensjoner (2005). Behandlingen varierer mellom individuelle-, par-, familie- eller nettverkssamtaler. Matrisen gir også utgangspunkt for å flytte terapeutisk fokus mellom her og nå og tidligere historie. Som tidligere nevnt har han også en utvidet alliansemodell. Endringer i tilnærming eller behandlingens enhet baseres på at noe ikke virker eller at nye problemer kommer fram. Monitorering av både terapeutisk allianse og resultat/fremgang er derfor en viktig del av modellen. Pinsof tar utgangspunkt både i klientens perspektiv og i et systemperspektiv: "The primary target of intervention in IPCT, the presenting problem, and the unit of intervention, the patient system, are reciprocal concepts that mutually define each other. The presenting problem is the problem for which the patient system is seeking treatment. The patient system consists of all the people who are or may be involved in the maintenance and/or the resolution of the presenting problem" (2005, s.383). Han har derfor også en utvidet modell for terapeutisk allianse som omfatter alliansene mellom andre deler av systemet enn terapeut-klientforholdet. Pinsof arbeider med empirisk validering av sin (meta)modell, og det er tatt initiativ også til et norsk multisenter forskningsprosjekt koordinert av Modum Bad der også familievernet er invitert til å delta (Tilden 2008).

Duncan, Solovey og Rusk (1992) uttrykker mye av det samme synet på metodebruk, men i tråd med konstruksjonistisk tankegang oppvurderer de klientens perspektiv til en lokal teori som danner utgangspunktet for valg av intervensjon: "Clients reconceptualize problem experiences by combining aspects of their experience with alternative views introduced in therapy, creating new meaning structures, and containing their own logic to possibly allow for problem resolution. Integration from this perspective is an idiosyncratic, process-determined synthesis of ideas formulated by the client, essentially a new theory that emerges with explanatory and predictive validity for the client's specific circumstance" (s. 3-4).

Det er grunn til å tro at slike forskningsbaserte, multisystemiske modeller og integrative, fleksible anvendelser av metoder vil øke i omfang (Davis & Piercy 2007b; Snyder, Castellani & Wishman 2006). Pinsof understreker likevel at psykoterapi grunnleggende er en "personlig og improvisert prosess.. som innebærer en kunstnerisk anvendelse av alle typer vitenskapelig kunnskap underveis" (2008). Eller som Sexton, Weiss og Robbins (2003) anbefaler: Unngå den fristende komforten ved enkelhet – omfavne kompleksitetens tvetydighet (s.455). For å studere terapeutiske prosesser er det derfor nødvendig med både forskning

og erfaring. En komplett kunnskap bør også omfatte forståelse av både lidelse og lykke, deres interaksjon, og effektive intervensjoner både for å lette lidelse og å forsterke lykke. Positiv psykologi kan også gi en retning for å finne nye, effektive intervensjoner både for samlivskurs og samlivsbehandling (se Linley & Joseph 2004; Seligman, Steen, Park & Peterson 2005).

6. Forbedringsmuligheter

Både terapeuters erfaring, brukeres uttalelser og forskning støtter opp om at familievernet i Norge har en praksis som er basert på forskningskunnskap, klinisk erfaring og brukerperspektiv. Men det betyr ikke at tjenesten ikke har et forbedringspotensial når det gjelder brukeres deltakelse, servicenivå, resultater osv. Tjenesten har i stor grad benyttet litteratur, kurs og seminarer med anerkjente terapeuter, med fokus på intervensjoner og på terapiprosessen, som middel til kvalitetsforbedring. Veiledning og systematisk teamarbeid benyttes ofte som utviklingsredskaper.

Bickman (1999; 2005) har oppsummert innsatsen i nordamerikansk psykisk helse, og hevder at den store innsatsen for å forbedre systemer de siste tiårene ikke har medført bedre behandlingsresultat. Det er blitt gjennomført store prosjekter for å bedre integrasjon og samhandling bl.a. etter "continuum of care"-modellen uten at det har bedret klientenes utbytte av intervensjonene. Innføring av evidensbaserte metoder som kriterium for behandling har heller ikke blitt vist å øke utbyttet eller redusere kostnadene. I en WHO-rapport konkluderer Øvretveit (2003) med at det er lite forskning som kan bekrefte at implementering av nasjonale kvalitetsstrategier bidrar til et bedre helsetilstand. Imidlertid antyder forskningen at lokalt forbedringsarbeid kan være effektivt. Han understreker imidlertid at det er lite systematisk forskning innen området, og at heller ikke her er manglende bevis noe bevis på en manglende effekt. Det er uansett vesentlig at konteksten vurderes godt før en spesifikk strategi iverksettes, og at det gjøres gjentatte vurderinger av hvor vidt tiltakene fungerer, for å hindre at ressurser blir sløst på ineffektive tiltak. Dårlige tiltak vil også kunne demoralisere de ansatte.

Kunnskapssenteret for helsetjenesten (www.kunnskapssenteret.no) er opptatt av at det utvikles kvalitetsindikatorer (Rygh & Mørland 2006). Dette er *forenklede* mål for hva som gjøres (prosess), resultatene etter behandling, funksjon og livskvalitet eller erfaringer med helsetjenesten slik pasientene har opplevd den (bruker erfaringer). Idealet er at slike mål blir fastsatt ved hjelp av forskningsbasert kunnskap. De kan deles i struktur-, prosess- eller resultatmål. Slike indikatorer kan benyttes til at offentligheten kan følge med i tjenesten, som styringsinformasjon eller som utgangspunkt for kvalitetsforbedring. Struktur mål har sin åpenbare styrke som styringsinformasjon knyttet til kapasitet, dekningsgrad (f. eks klienter pr. 1000 innbyggere), kompetanse osv. Innen medisinske områder kan prosessmål anses som

ønskelige i en kvalitetssikringssammenheng, fordi det da kan fastslås om anerkjente praksiser i tråd med faglige retningslinjer er fulgt. Selv innenfor slike felt mener Rygh og Mørland at det er begrenset hvor mange slike prosesser som kan defineres entydig. Resultatmål som beskriver utviklingen for klienter vil være interessante både for offentlighet og for behandlere. Det er imidlertid vanskelig å måle resultater, og de vil samvariere med mange andre faktorer, for eksempel terapeuters kompetanse og arbeidsvilkår, klienters problemtype og andre klientfaktorer. Bruk av slike resultatindikatorer til sammenlikning mellom terapeuter, virksomheter etc må derfor gjøres med forsiktighet.

En internasjonal oversikt over litteraturen på området (Freeman 2002) viser at bruk av resultatindikatorer som utgangspunkt for ris og ros over tid ødelegger selve indikatoren; den blir et mål i seg selv i stedet for være et mål på om målsettinger oppnås. Freeman advarer også mot at indikatorer kan bli utgitt for å være objektive mål på aktiviteten, mens de i realiteten er nettopp forenklede og utvalgte tallstørrelser. Indikatorer kan imidlertid ha sin verdi som utgangspunkt for lokalt arbeid for å forbedre egne resultater. Brukt til å generere spørsmål om årsak, virkning og tiltak kan indikatorer bidra til at forståelse, tillit og nye felles mål utvikles mellom ledelse og terapeuter, noe som er en forutsetning for varige kvalitetsforbedringer.

Freeman argumenterer med at slike indikatorer bør måles fortløpende (monitorering). Dette innebærer at det samles informasjon om virksomheten i helsetjenesten som kan uttrykkes i målbare størrelser (indikatorer eller kvalitetsmål). Monitorering av det som foregår i helsetjenesten kan gjennomføres på to nivåer; i det praksisnære feltet i helsetjenesten der målet med monitoreringen er hele tiden å bli bedre, og på overordnet nivå der målet primært er å vise at helsetjenesten yter det som er forventet og at man oppnår helsepolitiske målsettinger.

Gjennom tydelig prioritering fra ledelse og systematisk implementering av forbedringsforslag vil resultatene av kvalitetsarbeidet kunne gjenspeiles i indikatorene. Bruk av faglige retningslinjer som beskriver en "beste praksis", eller innføring av metoder vurdert som relevante for behandling av spesifikke problemer, har vært tatt i bruk i økende grad. I norske helse-tjenester benyttes slike målbare kvalitetsindikatorer som grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid, gjerne også knyttet opp mot spesifikke mål, slik som terapeutvurdering av pasientens symptomer og funksjon (f. eks psykisk helsevern) og regelmessige tilbakemel-

dingler fra pasienter om behandlingsforløp (f. eks MST og FFT i barnevernet).

Det finnes mange kartleggings skjema rettet mot resultatet av par- og familierapi. Mange av disse er konstruert for forskningsformål, men en god del er ment også å være anvendbare i klinisk praksis. De fleste inneholder 40-50 spørsmål eller mer. I Norge er slike metoder i bruk på Modum Bad, og på en del familieavdelinger, men kvalitetsindikatorer eller resultatmål er i liten grad tatt i bruk i familievernnet. Imidlertid har minst halvparten av familievernkontorene tatt initiativ for å prøve ut systematiske måter å bedre kvaliteten i møtet med brukerne, særlig gjennom bruk av systematiske tilbakemeldinger (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2008b). Faglige retningslinjer er ikke utarbeidet for parterapi og det er heller ikke mange spesifikke evidensstøttede metoder i bruk (par- og familierapi generelt kan imidlertid regnes som en metaanalytisk evidensstøttet metode).

Hvilke muligheter kan familievernnet ha til å drive systematisk kvalitetsforbedring basert på kunnskap og med utgangspunkt i brukernes perspektiv?

Brukertilfredshetsundersøkelser

Hvilke muligheter kan familievernnet ha til å drive systematisk kvalitetsforbedring basert på kunnskap og med utgangspunkt i brukernes perspektiv?

Det mest naturlige stedet å starte forbedringsarbeid er å ta utgangspunkt i hva brukerne er fornøyd og mindre fornøyd med i familievernets tilbud. Under kapitlet om brukerkunnskap er det vist til en lang rekke slike undersøkelser også i familievernnet. Hunnes (2007) viser imidlertid til at det er problematiske sider ved ensidig å benytte tilfredshetsundersøkelser.

Tetzlaff, Kahn, Godley et al (2005) referer til at forskningen ikke gir grunnlag for å konkludere med at *tilfredshet* med behandling garanterer at *resultatet* er bra. De fant selv ingen sammenheng mellom tilfredshet med behandling og ungdommers senere rusmisbruk. Dette er likevel ikke et argument mot å sikre at klientene er fornøyd: "We, along with others... argue that consumer satisfaction does not have to be strongly related to outcomes to be an important goal of treatment....We recommend that clinicians collect satisfaction data and review it on a regular basis to provide feedback to how they are perceived by their service recipients. Moreover, although treatment satisfaction was unrelated to outcome, it may be predictive of patient loyalty,... one's likelihood to

recommend treatment to others..., premature termination.. and future help-seeking behavior.” (s.205). Det er altså gode behandlingsmessige grunner til systematisk å fokusere på brukernes opplevelse av behandlingen. I en undersøkelse i familievernet er det videre funnet at selve *fokuset* på å gjennomføre brukerundersøkelser påvirker terapeutene i en gunstig retning (Skauli 2003). Brukertilfredshetsundersøkelser vil også kunne identifisere områder der virksomheten som helhet kan iverksette forbedringstiltak, og kontrollere om tiltakene har hatt effekt.

Evidensstøttede metoder

Selv om det er gjort mye forskning på ulike metoder (“verktøy”) innen parterapi, er det ikke grunnlag for å konkludere med at det vil bedre kvaliteten eller resultatene om tjenesten gikk inn for å benytte en eller flere slike. Det er lite dokumentasjon på at overføring fra utviklingsmiljøet til daglig praksis, eller overføring fra en kulturell kontekst til en annen gir samme effekter. I tillegg kommer Dodofugl-dommen om at det er lite evidens for en metodes overlegenhet. Ikke minst er det fare for at ønsket om en kvalitetssikret behandling kan gå på bekostning av den enkelte person som oppsøker tjenesten, det “instrumentalistiske mistaket” (se Ekeland 1999). En tilnærming der metoden først velges av fagfolkene eller virksomheten, for så å rekruttere klienter til behandlingsmetoden, er heller ikke i tråd med prinsippet om brukermedvirkning, med mindre det er et stort “utvalg” av metoder klienter kan velge blant. En kvalitetsforbedring basert på evidensstøttede metoder vil være at virksomheten eventuelt utvider tilbudet til å omfatte flere metoder og at klientene *etter møtet med virksomheten* får hjelp til – og anledning til – å velge mellom ulike behandlingstilnærminger.

Faglige retningslinjer for behandling

En behandleres beslutninger om å iverksette behandling styres også av både profesjoner og av overordnede myndigheter. Eksempelvis foreskriver Psykologforeningens prinsipperklæring for evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) generelle retningslinjer for psykologisk behandling:

- Psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser

- Kliniske beslutninger skal tas i samarbeid med pasienten, basert på den beste klinisk relevante evidens og med hensyn til sannsynlige kostnader, fordeler og tilgjengelige ressurser og alternativer
- Bruk av forskningsevidens i arbeidet med en bestemt pasient innebærer alltid vurdering av sannsynlighet. Fortløpende observasjon av pasientens utvikling og nødvendig justering av behandlingen er derfor av fundamental betydning for EBPP.

Profesjonsforeninger, fagfolk og myndigheter har også til dels i fellesskap utarbeidet faglige retningslinjer som skal legges til grunn for daglig praksis. En faglig retningslinje er en anbefaling utarbeidet for å støtte helsepersonell og pasienter i beslutninger for en *definert* klinisk problemstilling. De kan derfor sees som å være noe mer generelle enn anbefalinger og spesifikke metoder, og er ment å ivareta kvaliteten i behandling. Faglige retningslinjer utarbeides på bakgrunn av litteraturgjennomgang og ekspertpaneler. Det er utarbeidet egne retningslinjer for utarbeiding og vurdering av faglige retningslinjer (Agree Collaboration/SHdir 2003; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006).

For problemstillinger som er relevante for familievernet er det ikke utarbeidet noen slike retningslinjer for definerte problemstillinger, og det ser heller ikke ut til å være grunnlag for å utarbeide slike.

Felles beslutningstaking

Den enkelte klients opplevelse av å være aktiv deltaker kan sees som et viktig tiltak for å forbedre en tjenestes kvalitet og for å drive en kunnskapsbasert praksis. Ut fra prinsippet om brukermedvirkning har mange tjenester iverksatt ulike tiltak. Imidlertid er det vesentlig å skille mellom ulike grader av “medvirkning”, og ikke minst skille mellom “påvirkning” og “medvirkning”. Få vil bestride at brukere av et tilbud har krav på informasjon og at de har talerett – at de kan ha meninger om tilbudet. Å spørre om tilfredsheten etter avslutning er derfor ukontroversielt. På den annen side er det mulig å være kritisk til *brukerstyring* av behandling: Terapeuten bør ha vesentlig innflytelse på beslutninger om behandlingen.

Kunnskapssenteret har laget en inndeling av ulike grader av medvirkning i forhold til evidensbasert behandling:

Evidensstøttet terapi	Forskerstyrt	Valget er tatt før behandling. Klienter rekrutteres ut fra diagnose
Evidensbasert praksis	Terapeutstyrt	Terapeuten velger ut fra den konkrete situasjon
Evidensinformert pasientvalg	Klientstyrt	Klienten velger ut fra tilgjengelig informasjon på nett etc.
Velinformert beslutning	Klientstyrt	Klienten velger etter samtaler med behandler
Delt beslutning	Samarbeidsbasert	Klient og terapeut forhandler og fatter en felles beslutning om behandling

Grad av brukermedvirkning er derfor et spørsmål om maktforhold i terapirommet. Ingrid Aamodt (2005) peker på dette når hun omtaler Psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert praksis: "Et sentralt mål for evidensbasert psykologisk behandling er, i følge prinsipperklæringen, å øke pasientens muligheter til informert valg av intervensjonsmåte. Det er nødvendig å innse at dette forutsetter en utvikling der terapeutene har gitt fra seg beslutningsmakt til klientene før man kommer til nivået for samarbeid. Ellers vil verken klienter eller terapeuter ha reell tro på samarbeidet."

Det er mange stemmer som taler for økt innflytelse på behandling for psykiske lidelser. De ser likevel ikke ut til å ønske å reversere maktforholdene, bare å utjevne dem. Det er likevel mye som tyder på at det er langt fra teori til praksis innen brukermedvirkning, og det er først og fremst fagfolkene som bremser.

Også innen familievernfeltet er det brukerstemmer som har vært kritiske til maktforholdene (Lopez 2007).

Staten New York i USA har laget en "hvitbok" om brukernes innflytelse på evidensbasert praksis innen psykisk helsevern (2004), etter å ha involvert flere tusen brukere i prosessen. Av de ti reglene for god tjenestekvalitet de kom fram til, er tre av dem relatert til kunnskap og beslutningstaking: Det må være et (1)informert valg, (2)kunnskapsbasert og (3)basert på samarbeid mellom "forbruker" og "leverandør".

Towle og Godolphin (1999) beskriver hvordan leger i vanlig praksis kan fremme informerte felles beslutninger om behandling gjennom å:

- a) Vurdere pasientens preferanse for informasjon og ønskede rolle i beslutningsprosessen
- b) Identifisere valgmuligheter og vurdere tilgjengelig kunnskap som er relevant i forhold til den enkelte pasient

- c) Formidle denne kunnskapen og hjelpe pasienten til å forstå alternativene og deres konsekvenser i forhold til pasientens verdier og livsstil
- d) Forhandle fram en beslutning i samarbeid med klienten og bli enig om en handlingsplan for behandling

Dette er en omstendelig prosess om den skal tas på alvor i den enkelte sak. Men den synliggjør uansett flere viktige punkter. For det første at terapeuten må skaffe seg rede på hva som er klientens preferanser for deltakelse. Tror klientene at terapeuten vet best eller har de selv en helt klar formening om hva de ønsker? Deretter må terapeuten velge relevant kunnskap og presentere denne for klientene. Det kan også være at klientene selv besitter *annen* kunnskap de mener er relevant og pålitelig. I og med at behandling ofte er verdiladet og informasjon er mangetydig, er det nødvendig å løfte dette fram slik at terapeut og klient kan veie for og imot. Sist og viktigst er forhandlingen og beslutningen om hvordan behandlingen skal drives. Ideelt sett kunne man tenke seg at dette ble gjort i første samtale og at man deretter bare fulgte planen. I praksis bør denne prosessen imidlertid ofte gjentas etter hvert som behandlingen skrider fram og det er behov for endringer. Det er også et poeng at helseinformasjon i stadig større grad er tilgjengelig i media og på Internett (se f. eks www.rygginfo.no, www.whatsrightwithyou.com), og denne informasjonen er etter hvert også mer pasientstyrt (se f. eks www.patientslikeme.com).

En praksis basert på brukerperspektiv bør tidlig avklare om klienten

1. vet hva han/hun ønsker: løsningsfokus/- snakke om problemet etc.
2. vil ha alternativer å velge mellom: informert deltakelse
3. ønsker at terapeuten vurderer den beste tilnærming

Dette er en del av å utforske klientens endringsteori. Anne Marie Fosse Teigen (2004) har beskrevet bruk av dette i familievernsammenheng. Både terapeuter og klienter har sine endringsteorier, og møtet mellom disse kan skape nye løsninger og ny læring for begge parter. Når det er avklart hva klienten ønsker kan det derfor være gunstig at også terapeuten kommer med egne innspill til behandlingen gjennom å tydeliggjøre egen endringsteori (Skauli 2007b). Terapeuter som tydeliggjør klientenes medbestemmelse i behandlingen og vektlegging av at de er innstilt på å tilpasse seg klientenes ønsker i tråd med god faglig praksis, er et nødvendig første skritt for at klientene skal komme fram med egne ønsker. Som et resultat vil klientenes tilfredshet med å bli tatt på alvor og bli hørt, kunne øke – samtidig som deres deltakelse og mestringsevne i eget liv kan styrkes (se Duncan, Hubble & Millers artikkel "Stepping off the throne" 1997)

Tilbakemelding i klinisk praksis

Brukermedvirkning er ikke bare en naturlig følge av politiske føringer eller av en samfunnsutvikling som går i retning av øket "forbrukermakt". Det er også en faglig begrunnet praksis. I systemisk teori sees behandling på som en handling der en ny/flere nye personer introduseres til et eksisterende system organisert rundt et problem. Systemer består av mennesker med hvert sitt unike perspektiv på problemene som gjensidig påvirker hverandre gjennom feedback (tilbakemeldingsprosesser). På denne måten blir atferd og kommunikasjon formet. Gjensidighet, deltakelse og tilbakemeldinger er derfor en grunnleggende del av systemisk praksis. Både terapeut og klienter blir påvirket av hverandre, og endringene kan tas med ut av den terapeutiske samtalen og ut av terapirommet. Behandlingssamtalen kan derfor skape endring både hos klient og terapeut.

Feedback er, ifølge Clairborn og Goodyear (2005), en essensiell del av psykoterapi, slik som det er en nødvendig del av en hver læringsprosess. I sin artikkel går de grundig inn på tilbakemelding som begrep og fenomen. Tilbakemeldings-sløyfer omfatter både informasjon om fortid og endring av framtid. En negativ (konstruktiv) tilbakemelding er det som utløser en endring i et system (f.eks. når et signal fra termostaten slår av en varmeovn), mens en positiv tilbakemelding er signal om å gjøre "more of the same". Feedback kan både være deskriptiv og evaluerende. Det er i den siste betydningen at tilbakemeldingsbegrepet benyttes her; klientene gir sin vurdering av om behandlingen møter de ønsker, krav og forventninger de har. I mange tilfeller i behandling er rollene motsatt, og det

er klienten som får tilbakemeldinger i form av testresultater, tolkninger, påpekninger og refleksjoner. Da benyttes feedback som en terapeutisk teknikk. Den som gir tilbakemelding er altså med på å forme den andre, og når *terapeuten* er den mottakende part, gir tilbakemeldingene en konkret mulighet for brukeren å påvirke sin egen behandling.

I vanlig behandlingspraksis er det såpass lite konkrete tilbakemeldinger at det er vanskelig for terapeuter å lære av sin egen praksis (Sapyta, Riemer & Bickman 2004). Terapeuter flest vurderer framgang uformelt og tilpasser behandling til klientkarakteristika basert på inntrykk, klinisk skjønn, magefølelse el. l. og på bakgrunn av teori. De tar likevel ofte feil i sine vurderinger, spesielt når klienter ikke blir bedre (se Hannan, Lambert, Harmon et al 2005). Det er derfor et poeng å skaffe flere perspektiv enn terapeutperspektivet når behandlingsmessige avgjørelser skal tas. Hatfield og Ogles (2006) gjennomførte en spørreundersøkelse med kliniske vignetter til terapeuter. Terapeutene sa her at klientenes verbale uttalelser var viktigst for deres beslutninger om terapeutisk kurs, men det viste seg likevel at informasjon om uønsket resultatutvikling hadde like stor effekt på avgjørelsene.

Ønsket om å vite mer om klientens perspektiv for å bli en bedre terapeut er bakgrunnen for bl.a. Tom Andersens prosjekt om samforskning mellom klienter og terapeuter (1995), der familier ble invitert tilbake etter avsluttet terapi for et intervju sammen med terapeuten og en kollega. Bagges "prosessintervju" (2002) bygger blant annet på Andersens metodikk, men har avholdt intervjuet underveis i prosessen, slik at det også fikk form av en intervensjon. Grøndahl og Skjælaaens intervensjon og konsultasjonsprosjekt (2005) fra familievernet er enda tydeligere på at de – med likeartet tilnærming – ikke bare gjør en intervensjon i forhold til klientene, men at de også bidrar til at terapeutene får et mer analytisk metanivå på sitt arbeid. Slike kvalitative vurderinger i en pågående behandlingsprosess er verdifulle både for klienter og terapeuter. Bruken av en ekstra terapeut er imidlertid både tidkrevende og praktisk vanskelig. Det kan også bare skje en eller et fåtall ganger i prosessen, og en risikerer derfor å ikke "treffe" viktige perioder i behandlingen.

Finch, Lambert og Schaalje (2001) beskriver hvordan bruk av klientvurdert endring i terapi er i tråd med prinsippet om kontinuerlig kvalitetsutvikling. Dette prinsippet er godt innarbeidet i kvalitetsarbeid, og kan eksemplifiseres med "Deming-sirkelen" som går ut på å planlegge, handle, sjekke og korrigerer sine

handlinger. Michael Lambert ved Brigham Young University i Utah, USA har i en årrekke vært en frontfigur i forskning og utvikling av pasientfokustert forskning med tilbakemeldinger til terapeuter, og har levert svært overbevisende resultater (se Lambert, Hansen og Finch 2001; Lambert, Whipple, Smart et al 2001). Basert på et stort materiale av svar (mer enn 10 000 klienter allerede i 2001) på sitt spørreskjema OQ-45 kan han time for time, ved hjelp av statistisk prediksjon, se om den enkelte klient utvikler seg i tråd med tidligere klienter. Han har utviklet et "trafikklys"-system der terapeuten får et rødt, gult eller grønt lys avhengig av klientens utvikling. I et stort antall forsøk er dette vist å bedre resultatene, blant annet ved at de som har god utvikling har færre timer enn kontrollgruppen, mens de som har en dårligere utvikling har flere samtaler. Systemet benyttes altså av terapeutene til å vurdere avslutning og endring av terapi på et sikrere grunnlag enn egen vurdering alene. Lamberts forskning er av høy kvalitet, og det banebrytende i hans resultater er at klienter oppnår endring på en mer effektiv måte enn i standard praksis. Dette skjer på tross av at både diagnoser og behandling er svært variert. En slik tilbakemeldingspraksis hjelper altså klienter bedre, og hjelper virksomheten å konsentrere sin innsats der det er nødvendig og å frigjøre ressurser andre steder. I motsetning til annen resultatforskning i psykoterapi som har fokus på resultater for *grupper* av klienter, fokuserer denne forskningen på resultatet for den *enkelte* klient. Dette er dermed med på å redusere kløften mellom forskning og praksis (Lambert 2001).

I en videre utvikling av sitt system har Lambert utvidet tilbakemeldingene til også å omfatte tilbakemelding til *klientene* basert på samme kartleggingsverktøy. Han har også begynt å ta inn målinger av terapeutisk allianse, siden dette er så avgjørende for resultatet (Harmon, Hawkins, Lambert et al 2005). Tilbakemelding om progresjon viser seg i gjentatte undersøkelser bedre enn standard praksis, men i direkte sammenlikning er det noe motstridende resultater om det gir noen tilleggsgevinst om tilbakemeldingen gis til klienter i tillegg til terapeuter (Hawkins, Lambert, Vermeersch et al 2004; Harmon, Lambert, Smart, Hawkins et al 2007). Nesten alle klienter *ønsket* imidlertid slik tilbakemelding, og det var uklart i hvilken grad terapeutene delte informasjon med klientene også der klientene ikke formelt ble informert. Harmon og medarbeidere fant imidlertid – i motsetning til tidligere – at tilbakemelding forbedret resultat både i saker som var på rett spor og saker som ikke utviklet seg tilfredsstillende. En bedre effekt ble oppnådd med færre timer enn i tilsvarende kontrollbetingelse.

Det er også et vesentlig poeng at forskjellene ikke bare var statistisk signifikante, men at betingelsene viste forskjellig andel som oppnådde en klinisk signifikant endring. Effekten av tilbakemeldinger ble ytterligere styrket når terapeutene fikk tilpassede forslag til strategier og fokusområder for klienter som ikke hadde forventet utvikling, basert på spørreskjemaer om endringsmotivasjon, terapeutisk allianse og sosial støtte. Dette var også i tråd med funnene i Whipple, Lambert, Vermeersch et al (2003). Dette understreker både viktigheten av at terapeuten følger klientens vurdering av prosessen, og at terapeuter får nye perspektiver utover informasjon om manglende utvikling i saken.

Allerede i 2001 hadde Journal of Clinical and Consulting Psychology et temanummer om monitorering av behandling som grunnlag for terapeutiske avgjørelser innen psykisk helsearbeid. Her ble ulike systemer for å identifisere saker som ikke viser forventet behandlingseffekt presentert sammen med resultater. Alle systemene benyttet avanserte statistiske prosedyrer og kunne vise til forbedringer i resultatene sammenliknet med "vanlig praksis". I tillegg til Lamberts system er et annet amerikansk, et engelsk og et tysk system beskrevet. Lueger, Howard, Martinowich, Lutz et al (2001) kaller sitt system COMPASS og beskriver det som et kasusbasert kvalitetssikringssystem. Stuttgart-Heidelbergmodellen (Kordy, Hannöver & Richard 2001) beskrives også i kvalitetssikringstermer. I England har CORE blitt tatt i bruk i stor skala (Barkham, Margison, Leach, Lucock et al 2001), og Peter Stratton (in press) har gjort forsøk på å lage en egen versjon for systemisk familierapi (SCORE). Larry Beutler (2001) sammenlikner systemene og peker på både styrker og svakheter og behov for utvikling. Han forsøker også å utvikle et eget system som skal være beslutningsstøtte for klinikere, ikke ulikt det Pinsof (2005) ønsker å gjøre for familierapi. I denne forskningen er feedback primært benyttet i individualterapi med voksne, men Leonard Bickman (2006) ved Vanderbuilt-universitetet i USA har også utviklet et system som omfatter ungdom og barn. Mange av undersøkelsene har et relativt begrenset utvalg av måleinstrumenter, og er i stor grad basert på selvrappport fra klientene. Selv om dette betyr at brukerperspektivet er framtrødende, ville det vært en fordel også med andre perspektiver på behandlingsresultat. Imidlertid gir konsistente resultater på tvers av undersøkelser, klientgrupper og forskningsmiljøer grunn til å feste lit til funnene. Resultater fra flere av undersøkelsene på feedback kan tolkes som at tilbakemeldinger *i seg selv* har en positiv effekt på behandlingsresultatet på linje med andre generelle

Modell	Perspektiv	Målgruppe	Allianse/ prosess	Resultat	Mottaker av tilbakemelding
S-GAF (DSM-IV akse)	Terapeut	Voksne		Ja	Terapeut
OQ-45 (Lambert)	Klient	Voksne	(Ja)	Ja	Terapeut (klient)
CORE (Barkham)	Klient	Voksne		Ja	Terapeut
PTBT (Bickman)	Klient	Voksne, barn, unge	Ja	Ja	Terapeut
STIC/CTAS-r (Pinsof)	Klient (og terapeut)	Familier	Ja	Ja	Terapeut
KOR (Duncan & Miller)	Klient	Voksne, barn, unge, familier, grupper	Ja	Ja	Klient + terapeut

faktorer. I tabellen under er noen av disse systemene sammenliknet.

Med utgangspunkt i klinisk praksis, kvalitetsforbedring metodikk og resultatforskning har denne forskningen vist at de kan bidra til økt kvalitet for *den enkelte klient* mens behandlingen fortsatt pågår. Dette er bakgrunnen for at Lambert (2007) oppsummerer sin forskning med å anbefale systematisk monitorering av behandlingen for klientens beste.

Rutinemessig tilbakemelding i klientsamtaler

George Bernhard Shaw skal ha kommet med følgende visdomsord: "The only man I know who behaves sensibly is my tailor; he takes my measurements anew each time he sees me. The rest go on with their old measurements and expect me to fit them". Det er skreddersøm av behandling vi bør drive. Å sørge for at terapeuten fortløpende vurderer de terapeutiske alliansene og gjør vurderinger av utviklingen i den enkelte sak, regnes i dag som god praksis. Evidensen for kontinuerlig overvåking av behandling er såpass god at dette er tatt inn i prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis: "Fortløpende observasjon av pasientens utvikling og nødvendig justering av behandlingen er derfor av fundamental betydning for EBPP". Her omtales også kravet til bevissthet om egne begrensninger og ferdigheter. En slik begrensning er evnen til å vurdere andres opplevelser. Selv om terapeuten vurderinger er nyttige, har forskningen vist at de har lite sammenheng (ingen korrelasjon) med klientvurdert resultat. Klientenes egenvurderinger av tidlig endring og av alliansen viser derimot vanligvis en sterk sammenheng med resultatet av behandlingen (Hubble, Duncan & Miller 1999), og gjør terapeuter mer uavhengig av utredning og diagnoser (se Saggese 2005). Det er imidlertid indikasjoner på at (heller ikke) behandling følger en lineær utvikling,

noe som er et godt argument for kontinuerlig monitorering av både endring i klientens situasjon (Percevic, Lambert & Kordy 2006) og i den terapeutiske allianse (Pinsof, Zinbarg & Knobloch-Fedders, in press).

Det er flere som har rapportert (se Miller, Duncan, Brown, Sorell & Chalk 2006) at et skjema ikke bør ta mer enn fem minutter å administrere om det skal kunne benyttes i vanlig praksis utenfor (forsknings-) prosjekter. Skalaene til Duncan og Miller (KOR) er de eneste som i dag er i nærheten av et slikt krav. KOR har den fordelen at den er utviklet i tråd med anbefalingene fra andre forskere, for å bli brukt som *et klinisk redskap* i hver samtale. Skalaene er svært korte og dermed generelle. Fordelen med dette er at de kan benyttes som utgangspunkt for samtale om hva skårene betyr for klienten – i svært ulike sammenhenger og med ulike klientpopulasjoner. Bruk av visuelle, analoge skalaer øker sannsynligvis også sjansen for å få negativ (=konstruktiv) feedback, ved at klientens mening kommer (bokstavelig talt) på bordet i stedet for gjennom øyekontakt. Forskningen til Duncan og Millers gruppe ved Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC) er vesentlig mindre sofistikert enn Lamberts studier, siden mye av deres rapporterte resultater er fra før-etter-studier. Data fra Outcome Rating Scale og Session Rating Scale gjennom hele behandlingsforløpet finnes imidlertid for et svært stort antall klienter (+100 000) i ulike behandlingssammenhenger og med varierte problemer. De psykometriske egenskapene er også av en uavhengig forsker funnet å være akseptable (Reese, Norsworthy & Rowlands, in press). I likhet med andre systemer for tilbakemelding av klienters utvikling er det også for KOR utviklet datasystem for feedback til terapeutene som er basert på resultatene i den akkumulerte databasen. I tillegg til å dokumentere effekt av behandlingen, er det også flere rapporter om store effektivitetsgevinster ved implementering av KOR (Miller, Mee-Lee & Plum 2005).

Ved en bedriftshelsetjeneste der over 6000 klienter deltok i undersøkelsen fant Miller et al (op cit) en stor forbedring av tilbudet etter at KOR-praksis med databaserte "fare"-signaler ble introdusert. Det er også utviklet tilsvarende skalaer for barn og unge, og en normeringsstudie er nå gjennomført (Sparks, Duncan, Miller, Bohanske & Claud, in press).

I norsk familierapipraksis har bruk av tilbakemeldingssystemer stort sett vært begrenset til Duncan og Millers Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Tuseth, Sverdrup, Hjort og Friestad (2006) spurte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og familievernkantor, samt en del andre helserelaterte virksomheter i (helse-)region øst og sør om de erfaringene som var gjort med KOR. Spørreskjema ble utfyllt med intervjuer med en del av virksomhetene. Resultatene viste at praksisen ble benyttet i en viss utstrekning både i psykisk helsevern for barn og unge og i familievernet, men også innen psykisk helsevern for voksne og i rusbehandling. Enkelte enheter har innført KOR som grunnleggende prinsipp i behandlingen for hele virksomheten. Det så også ut til at de fleste som hadde tatt KOR-skalaene i bruk fortsatte å benytte dem. Videre uttrykker mange som ikke benytter KOR en interesse for å begynne med slik praksis. Selv om undersøkelsen ikke kan konkludere med om bruk av KOR fører til mer effektiv terapi, oppsummerer Tuseth et al med at KOR ser ut til å fremme brukervedvirkning både individuelt og på systemnivå, og anbefaler en videre spredning av en slik praksis. Rapporter fra norsk praksis er overensstemmende med funn i nord-amerikansk kontekst både når det gjelder skåringer og endringer gjennom behandling (Anker & Duncan 2003) og effekt av implementering (Huggins, Valla & Huggins 2007).

Anker og Duncans (op.cit) prosjekt ved familievernkantorene i Vestfold er den første dokumentasjon på KOR i par- og familiesammenheng. Sundet (in press(b)) har benyttet en kvalitativ metode for å undersøke hvordan klienter og terapeuter nyttiggjør seg og opplever bruk av KOR i en familierapeutisk sammenheng. Han er derfor i stand til å gi et nyansert bilde av bruken av skalaene som et redskap for å åpne opp for nye samtaler. I "Beste praksis"-prosjektet, som er et randomisert forsøk med par ved norske familievernkantor, viser Anker, Duncan og Sparks (in press) at parterapi i høy grad er virksomt og at effekten holder seg i det minste et halvt år. Men resultatene viser også at klient- og resultatstyrt praksis har vesentlig bedre effekt enn standard praksis, og at forskjellen opprettholdes også seks måneder etter behandlingsavslutning. Når begge i paret ønsker bedre parforhold,

er flere av parene i tilbakemeldingspraksisen fortsatt et par i etterundersøkelsen, sammenliknet med vanlig praksis. Ved siden av *effekten* på klientvurdert resultat, viser både Anker et al og Sundet at *bruken* av skalaene oppleves som nyttige av et flertall av klientene. Det er få klienter som opplever dem som forstyrrende, selv om terapeuter av og til uttrykker dette. "Beste praksis"-prosjektet viser også at tilbakemeldingspraksis gir et bedre resultat på *gruppenivå*, og reduserer andelen saker som viser lavere utvikling enn forventet. Dette er i overensstemmelse med Reese, Norsworthy & Rowlands' (in press) uavhengige studie. Disse viser også at KOR har samme effekt i både individual-, par- og familiebehandling. Selv om utvalgene for de siste er små, er effektstørrelsen på .48, tilsvarende som i "Beste praksis"-prosjektet med 450 par. Det er også interessant å merke at en slik effektstørrelse mellom like behandlingsmetoder med og uten tilbakemelding er dobbelt så stor som effektstørrelsene som er funnet i sammenlikning mellom *ulike* behandlingsmetoder (Wampold 2001). Anker et al finner også at det er vesentlig at parene er i behandling til de har nådd det statistisk predikerte målet, ofte etter minst fire samtaler. Barkham, Connell, Stiles et al (2006) vurderer dose-effekt-sammenhengen ved hjelp av CORE på samme måte – at man bør bli i behandling lenge nok, men ikke lenger. Dette er også konklusjonene til Percevic, Lambert og Kordy (2006).

Styrken ved å bruke spørreskjema som grunnlag for tilbakemelding til terapeut og klient er at empiriske data utnyttes til å fremme dialogiske prosesser og kvalitative endringer. Det betyr at brukerperspektivet og den kliniske erfaring (og terapeutiske frihet) bevares gjennom fokus på forbedringsmuligheter i stedet for kartlegging og diagnostisering. Sundet (op.cit) konkluderer med at klientene opplever skalaene blir redskaper for konversasjon: "In the family perspective central issues were movement from general meaning making to specific feedback, from sensation to verbalization, from chosen direction to thematic content, and exploration leading to discovery and deepened knowledge. These conversational processes were all made possible and enhanced by the use of the scales." Ved at klienter leder utforskningsprosessen fremmes et samarbeid om både kartlegging av problemet og av løsningsmuligheter, samt at det blir en integrert del av behandlingen. Kunnskapsbasen (i vid forstand) terapeutene gjør vurderinger ut fra blir også i større grad transparent – delt med klientene. Enkelte har kritisert bruken av tilbakemeldinger for å fremme bruk av løsningsorienterte metoder og å forkorte terapididen, men dette er verken en forutsetning eller er støttet av undersøkelsene. Behandlings-

tilnærmingene som er benyttet i denne forskningen har en stor grad av variasjon, og antall samtaler i "advarsel"-gruppene til Lamberts gruppe har flere samtaler enn kontrollgruppen.

Erfaringer fra implementering av OQ-45 (Lamberts system) i en organisasjon med mer enn 7000 terapeuter indikerer at det er en god tilnærming for å bedre både effektivitet og tilpasset behandling (Brown & Jones 2005). En grunn til bekymring er at måling av enkeltterapeuters resultater kan benyttes av administrasjonen til sanksjoner eller til utvelgelse av terapeuter (se Brown, Lambert, Jones & Minami 2005). Brukt på en gal måte kan slik monitorering av *terapeuter* føre til en lang rekke uheldige konsekvenser. Brukt som ledd i en kvalitetsforbedringsstrategi kan det derimot være nyttig både for den enkelte klient og for virksomheten som helhet.

7. Konklusjon

Samlivsvansker er forbundet med forhøyet frekvens av andre psykiske eller somatiske helseplager, i tillegg til vold, rusproblemer og problemer hos barn. Personer med alvorlige sykdommer, eller som har mye depressive- eller angstsymptomer har ofte også vansker i samlivet. Sannsynligvis gir slike individuelle problemer utfordringer i parforholdet, samtidig som problemer i parforholdet kan forsterke eller utløse depresjon og angst. Selv for problemer lokalisert til en identifisert pasient kan altså parterapi eller partnerassistert terapi være nyttig både som primær behandlingsform og som tillegg til annen behandling. Samtidig bør samlivs- og parterapeuter være oppmerksomme på individuelle symptomer i tillegg til de relasjonelle problemene. Også i parterapi kan det være aktuelt med fokus på individuelle psykologiske problemer.

Familievernet er en diagnosefri tjeneste. Dette gjør det enklere å møte par/familier som unike, men gjør det også vanskeligere å systematisere møtene og trekke veksler på spesifikke metoder. Tilgjengelig evidens viser likevel at parterapi spesielt, og familievernets arbeid mer generelt, er virkningsfulle behandlingsformer. Gjennomgang av den empiriske litteraturen omkring parterapi dokumenterer gode behandlingseffekter både i randomiserte og naturalistiske forsøk. Metastudier finner effektstørrelser som er minst like gode som for de beste individualterapeutiske behandlingsformene for mer avgrensede problemstillinger. Vurdert av klientene selv, har den gjennomsnittlige klient det bedre etter terapi enn 80 prosent av de som ikke har mottatt behandling. Det er likevel en god del som ikke opplever økt tilfredshet med parforholdet etter behandling, og det er mange som opplever en bedring uten at de blir "kvitt" sine problemer. Det er også til dels vanskelig å avgjøre målet i parterapi, siden det både er to parter som kan ha ulik mening, og siden det ikke alltid er et godt resultat at parforholdet fortsetter. Det er også funnet relativt gode langtidseffekter.

Bedre resultat oppnås ved tidlig intervensjon – før problemene er blitt for alvorlige og fastlåste, og mens begge parter fortsatt har tro på et bedre parforhold. Forskingen kan betraktes som gyldig/overførbar til resultater fra ordinær klinisk praksis, og det er også stor overensstemmelse mellom internasjonale og nordiske funn. En forskjell er imidlertid at det ser ut til at parterapi i nordisk sammenheng har færre samtaler pr sak enn nordamerikansk parterapi, men med relativt like effektstørrelser. Når klienters tilbakemeldinger ble

benyttet i samtalene (i en norsk undersøkelse), var det nesten to tredeler av personene som hadde en klinisk signifikant bedring. I halvparten av parene oppnådde begge parter slik bedring.

Med begrensede ressurser til søk og vurdering av litteratur har denne rapporten ikke samme systematikk som en systematisk oversikt ("systematic research review", se Coren og Fisher 2006), men er primært en gjennomgang av tilgjengelig litteratur fra norske og internasjonale tidsskrifter for identifikasjon av områder der familievernet kan igangsette kvalitetsforbedrende tiltak, og hvordan dette kan gjøres basert på kunnskap om resultatene av behandling som gis i familievernet.

Det er utviklet flere metoder innen parterapi som kan vise til dokumenterte resultater (evidensstøttede metoder). Det er imidlertid ingen indikasjon på at disse er overlegne annen parterapeutisk praksis. Litteraturen viser stor effekt både av terapeutiske fellesfaktorer og av mer spesifikke endringsprosesser. De fellesfaktorene det er viktig å stimulere og utnytte, er først og fremst den terapeutiske relasjonen, klientenes tro, håp og forventning, bruk av årsaksforklaringer og behandlingsmodeller som både klient og terapeut finner meningsfulle. Det er tre ulike terapeutiske allianser å ivareta når man arbeider med par: Forholdet til den enkelte av de to partene, samt forholdet til paret. "Splittet allianse" der det er store forskjeller mellom kvalitet/styrke i alliansene, er negativt for resultatet. Dårlig allianse i starten kan enten føre til dropout eller til et godt terapeutisk resultat, avhengig av hvordan terapeuten håndterer dette. Virkningsfulle endringsprosesser er bl.a. terapeutens bidrag til å holde fokus på viktige tema, "enactment" og refleksjon, tilstedeværelse ("mindfulness"), samt atferdsendring som fører til en rask lettelse i opplevd problembelastning.

Metaforisk uttrykt gir empirien legitimitet til håndverket, og har bidratt til å utvikle egnet verktøy og metoder for å teste om verktøyet fungerer. Bruk av verktøy kan læres gjennom bruksanvisningene som er utviklet gjennom empirisk støttede metoder. Valg av verktøy for den enkelte arbeidsoppgave og hvordan det best kan benyttes, må først og fremst avgjøres i den konkrete situasjon. Håndverkerens erfaring gjennom trening og tidligere håndverksmessig utførelse er vesentlig, men først og fremst avhengig av det "arbeidsstykket" verktøyene skal benyttes på. Selv om enkelte håndverkere har utviklet håndverket til en kunst, er det responsen fra materialet som i stor grad styrer prosessen.

Parterapi kan derfor bli opplyst av forskning, men det er likevel møtet mellom den erfarne fagperson og den aktivt deltagende klient som skaper endring. Formell kunnskap kan skape muligheter, og kan med sin prediktive kraft gi indikasjoner på at endringer i terapirelasjonen er nødvendige, men kan ikke foreskrive nye handlinger. Gjennom erfaring, og i møtet med en annen person, kan fagpersoner avgjøre når standard teknikker kan benyttes og når det er behov for kreative løsninger. Dette samarbeidet mellom terapeut og klient fanges i liten grad av kvantitativ forskning, men i desto større grad av fortellinger og av kvalitativ forskning.

For å forbedre behandlingsprosesser og resultater er det formålstjenlig å bevare denne kompleksiteten gjennom multiple perspektiver. Forenklede løsninger som å sette sin lit til en spesiell (manualbasert) metode, ett enkelt måleinstrument eller egen klinisk magesfølelse, kan ofte gi god (nok) behandling, men fanger i for liten grad klientenes og situasjonenes unikheter, og en står derfor i fare for å gi suboptimal eller uvirksom behandling.

Terapeuter bør først og fremst sørge for systematisk innhenting av klientenes forståelse, håp og tro på løsninger, opplevd belastning på ulike livsområder og opplevelse av behandlingsalliansen. For å kunne gjøre bevisste valg av tilnærming kan integrative modeller basert på klientens preferanser og terapeutens metodekunnskap benyttes som en støtte. Dette kan også sees som en eklektisk modell (Duncan, Solovey & Rusk 1992). Pinsofs matrise for valg av tilnærming er en modell som kan brukes som utgangspunkt for en slik fleksibel bruk av metode.

En brukerfokuset behandling (dvs. basert på den best tilgjengelige kunnskap) kan beskrives slik:

Prosess i en kunnskapsbasert behandling

1. *Terapeuten er i en ikke-vite posisjon når hun møter en klient. I samarbeid med klienten(e) vurderer hun, gjennom åpne dialoger, bruk av fokuserte spørsmål og/eller egnede kartleggingsverktøy, hva behandlingen dreier seg om. Dette er en prosess der klienten(e) s perspektiv på egen situasjon blir utforsket og bekreftet av terapeuten. Terapeuten ser klientens framstilling i lys av tema/problemer som terapeuten og fagfeltet kjenner til (egen for-forståelse).*

2. *Terapeuten finner fram* til relevant empirisk kunnskap. Kunnskap om "generelle faktorer" i behandling er et selvsagt grunnlag, og innenfor terapeutens hovedområde vil hun allerede være oppdatert. Terapeuten vil imidlertid også ha behov for lett tilgang til oppdatert litteratur, faglige oversikter etc. Empirisk kunnskap verken begrenser seg til eller utelukker spesifikke metoder/teknikker/intervensjoner/ prosesser. Den empiriske kunnskapen vurderes kritisk i forhold til begreper som reliabilitet og validitet. Dette innebærer å vurdere kritisk bruk av design, måleinstrumenter etc, om resultat er klinisk viktige eller om de bare er statistisk signifikante, hvordan kunnskapen påvirkes av kjønn, kultur og klienten(e)s kontekst, og i hvilken grad kunnskapen er relevant for denne klientens behandling
3. *Terapeuten vurderer* den empiriske kunnskapen opp mot egen og andres kliniske erfaringer og mot sitt eget kliniske skjønn i forhold til den aktuelle situasjonen. Dette gjøres både gjennom egen refleksjon, og når det er nødvendig, gjennom konsultasjon/veiledning med kolleger.
4. *Terapeuten samarbeider med klienten* om å sammenholde den empiriske kunnskapen og den kliniske erfaringen med klienten(e)s kontekst, klienten(e)s forståelse av sitt problem og klienten(e)s foretrukne behandlingstilnærming. Et tilbud om bruk av en behandlingsmetode innebærer at klienten er informert om tilgjengelige alternativ og aktivt deltar i valg av videre behandling. Det tilstrebes en enighet mellom terapeut og klient(er) både om mål for behandlingen og om hvordan målet skal nås.
5. *Terapeuten overvåker* både den terapeutiske alliansen (emosjonelt bånd, enighet om mål og enighet om oppgaver) og det terapeutiske resultatet i en gjensidig tilbakemeldingsprosess mellom terapeut og klient(er). Denne evalueringen legger grunnlag for eventuelle endringer i behandlingsforløpet, men er også med på å bygge opp terapeutens kliniske kunnskap. Om ikke klienten(e) har forventet utbytte av behandlingen tilbyr terapeuten også skifte av behandlingsform og/eller terapeut.

6. *Terapeuten foreslår* å trappe ned eller avslutte behandling når klienten(e) har nådd sine mål og et tilfredsstillende resultat er oppnådd.

For å kunne gjennomføre evidensbasert behandling vil familievernet ha behov for:

- Tilgang til oppdatert informasjon: både forskningsresultater, bearbeidet/oppsummert forskning og erfaringsbaserte oppsummeringer
- Forskning på egne arbeidsområder
- Spesifikk kunnskap om egne klientgrupper, inkl. forventet utvikling og resultater
- Kompetanse i bruk av ulike terapimetoder og arbeidsmåter, samt kompetanse på integrativt bruk av disse
- Systematiske erfaringsoppsummeringer fra erfarne terapeuter
- Konkrete og kvalitative beskrivelser av behandlingserfaringer Systematisk refleksjon over egen praksis, også gjennom kollegiale konsultasjoner, felles fagforum og ekstern veiledning
- Systematiske tilbakemeldinger fra klienter om behandlingsprosess og resultat fra arbeidet, aggregert både for den enkelte terapeut og for kontoret
- Kunnskap om brukerne både på etatsnivå (kjennskap til familievernet), på virksomhetsnivå (brukertilfredshet) og på individnivå (løpende tilbakemelding)

Hvordan kunnskapen fra denne litteraturgjennomgangen kan benyttes i familievernet vil bli behandlet i en egen rapport fra utviklingsarbeidet for en brukerrettet kvalitetsforbedring.

Et dikt av Olav H. Hauge ble presentert som en innledning til denne litteraturgjennomgangen, og Arne Garborg kan få det siste ordet:

*Eg ottast for at
alt som vi vite fullt
Er litet mot
alt som for oss er dulgt.*

Referanser

- Adolfson, M. (2005): Ordene, kunsten og begge deler. *Fokus på familien*, 33(3); s.211-222
- AGREE Collaboration, Sosial- og Helsedirektoratet (2003): *Appraisal of Guidelines for Research, Evaluation (AGREE) Instrument*. www.agreecollaboration.org
- Andersen, T. (1995): Klienter og terapeuter som samforskere for å øke terapeutens sensitivitet. *Fokus på familien*, 23(4); s. 193-200
- Andersen, T. (1996): *Reflekterende prosesser. Samtaler om samtalerne* København: Dansk psykologisk forlag
- Andersen, T. (2006): Reflekterende samtaler. Min versjon. I: Eliassen, H., Seikkula, J. (red.): *Reflekterende prosesser i praksis: Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Anderson, H., Goolishian, H.(1992): The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I: McNamee, S, Gergen, K.(Eds.) (1992). *Therapy as social construction*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Anker, M., Duncan, B.L (2003). Using the Outcome Rating Scale with Couples. Manuskript under forberedelse. Ref. i Duncan, B.L, Miller, S.D., Sparks, J.A. (2004): *The Heroic Client*, revidert utg. San Francisco: John Wiley, Sons.
- Anker, M., Duncan, B.L, Sparks, J.L. (in press): Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
- Asay, T. P., Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I: M. A. Hubble, B. L. Duncan,, S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Asen, E. (2002): Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8; s.230-238
- Aslaksen, K: (2008): Et essay om kvalitetssikring. *Fokus på familien*, 36(1); s. 57-67
- Atkins, D.C, Berns, S.B, George, W.H, Doss, B.D, Gattis, K., Christensen, A. (2005): Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5); s.893-903
- Aamodt, I. (2005): Hvorfor er Barry Duncan radikal? - Hvorfor må vi være radikale? *Fokus på familien*, 33 (3); s.193-209
- Bagge, R.F. (2002): "Prosessintervju" som terapeutisk virkemiddel. En modell for evaluering av samarbeidet mellom foreldre og terapeut på en familieavdeling. *Fokus på familien*, 29(2); s.25-30
- Baldwin, S.A, Wampold, B.E, og Imel, Z.E. (2007): Untangling the Alliance–Outcome Correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6); s.842-852
- Bambling, M, King, R, Raue, P, Schweitzer, R, Lambert, W. (2006): Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16(3); s.317-331
- Bang, H. (1993). Parterapi – hvilken forskjell gjør det? *Fokus på familien*, 21; s.178-189.

- Barkham, M, Margison, F, Leach, C, Lucock, M, Mellor-Clark, J, Evans, C et al (2001): Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2); s. 184-196
- Barkham, M, Connell, J, Stiles, W.B, Miles, J.N.V, Margison, F, Evans, C., Mellor-Clark, J. (2006): Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1); s.160-167
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) (2007): *Forsknings- og utviklingsstrategi for familievernet.*
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) (2008a): *Årsrapport.*
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) (2008b): *Oppsummering av erfaringer med systematisk brukermedvirkning i familievernet for å utvikle kontorets kvalitet*
- Barlow, J., Parsons, J. (2005): Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Campbell Review*. www.sfi.dk/sw45798.asp
- Barnes, S., Brown, K.W, Krusemark, E., Campbell, W.K, Rogge, R.D (2007): The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4); s.482-502
- Barnosky, R. (2002): *Washington State's Implementation of Functional Family Therapy for Juvenile Offenders: Preliminary Findings*. www.wa.gov/wsipp, 18.03.07
- Baucom, D.H, Hahlweg, K, Atkins, D.C, Engl, J., Thurmaier, F. (2006): Long-term prediction of marital quality following a relationship education program: Being positive in a constructive way. *Journal of Family Psychology*, 20(3); s.448 - 455
- Beach, S.R., Gupta, M.E (2005): Marital discord in the context of a depressive episode: Research on efficacy and effectiveness. I: Pinesof, W.B., Lebow, J.L. *Family Psychology. The art of the science*. Oxford: Oxford University Press
- Beach, S.R., Kaslow, N.J (2006): Relational Disorders and Relational Processes in Diagnostic Practice: Introduction to the Special Section. *Journal of Family Psychology*, 20(3); s.353-355
- Beck, M, Friedlander, M.L., Escudero, V. (2006): Three perspectives on clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3); s.355-368
- Bengtsson, M. (2003): Mekling –tilrettelegging for barns beste. En gjennomgang av litteratur om mekling. *Rapport*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Berg, I.K., De Jong, P. (1996): Solution-building conversations. Coconstructing a sense of competence with clients. *Families in Society*, 77; s.376-391.
- Beutler, L. (2001): Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2); s. 197-204
- Bickman, L (1999): Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist*, 54,(11); s.963-965
- Bickman, L (2005): A Common Factors Approach to Improving Mental Health Service *Mental Health Services Research*, 7 (1), 1-4

- Bickman, L (2006): Client driven, clinician focused feedback. Theory research and practice. Foredrag Heart, Soul of change III-conference. <http://peabody.vanderbilt.edu/cepi>
- Bierman, K.L, Nix, R.L, Maples,J.J, Murphy, S.A (2006): Examining Clinical Judgment in an Adaptive Intervention Design:The Fast Track Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3); s.468–481
- Block-Lerner,J, Adair, C, Plumb,J.C, Rhatigan,D.L., Orsillo,S.M (2007): The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern? *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4); s.501-517
- Blow, A, Sprenkle, D.H., Davis, S.D (2007): Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (3); s. 298–317
- Bordin, E S. (1994): Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I: Horvath, A.O., Greenberg, L.S. (Eds.): *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford: John Wiley, Sons.
- Bradbury, T.N., Karney, B.R. (2004): Understanding and altering the longitudinal course of marriage. *Journal of Marriage and Family*, 66(4); s.862-879
- Brown, G.S., Jones, E.R. (2005): Implementation of a feedback system in a managed care environment: What are patients teaching us? *Journal of Clinical Psychology*, 61(2); s.187–198,
- Brown, G.S, Lambert, M.J, Jones, E.R., Minami, T. (2005): Identifying Highly Effective Psychotherapists in a Managed Care Environment. *The American Journal of Managed Care*, 11(8); s.513-520
- Bütz, M.R, Chamberlain, L.L., McGown, W.G (1997): *Strange Attractors. Chaos, Complexity and the Art of Family Therapy*. New York: John Wiley & Sons
- Bøe, T.D. (2007): Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid. Kan innenfra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(2); s. 194-202
- Caldwell, B.E, Woolley, S.R, Caldwell, C.J (2007): Preliminary estimates of cost-effectiveness for marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3); s.392-405
- Chambless, D.L, Baker, M.J, Baucom, D.H, Beutler, L.E, Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P. et al (1999): Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1); s. 3-16
- Clairborn, C.D., Goodyear, R.K. (2005): Feedback in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2); s.209-217
- Coren, E., Fisher, M. (2006): *The conduct of systematic research reviews for SCIE knowledge reviews*, Social Care Institute for Excellence, London
- Christensen, A., Heavey, C.L. (1999): Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, s 165-190
- Christensen A, Atkins D.C., Berns S., Wheeler, J, Baucom, D.H., Simpson, L.E. (2004): Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2); s.176–91
- Christensen, A., Baucom, D.H., Vu, C.T.-A., Stanton, S (2005a): Methodologically Sound, Cost-Effective Research on the Outcome of Couple Therapy. *Journal of Family Psychology*, 19(1); s. 6-17

- Christensen, A., Doss, B.D., Atkins, D.C. (2005): A science of Couple Therapy: For What Should We Seek Empirical Support? I: Pincus, W.B., Lebow, J.L. *Family Psychology. The Art of the Science*. Oxford: Oxford University Press
- Christensen, A., Atkins, D.C., Yi, J., Baucom, D.H., George, W.H. (2006): Couple and Individual Adjustment for 2 Years Following a Randomized Clinical Trial Comparing Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6); s.1180–1191
- Cooper, G (2007): Do Therapists Know the Research? *Psychotherapy Networker*, (2)
- Cummings, E.M, Faircloth, W.B, Mitchell, P.M, Cummings, J.S., Schermerhorn, A.C. (2008): Evaluating a brief prevention program for improving marital conflict in community families. *Journal of Family Psychology*, 22(2); s.193–202
- Davis, S.D., Piercy, F.P.(2007a): What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, Part I: Model-dependent common factors across three models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), s.318-343
- Davis, S.D., Piercy, F.P.(2007b): What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, Part II: Model-independent common factors and an integrative framework. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), s.344-363
- Dawes, R.M. (1994): *House of Cards. Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York: The Free Press.
- Dew, S.E., Bickman, L. 2005): Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1); s.21-33
- Doss, B.D, Thum, Y.M, Sevier, M, Atkins, D.C., Christensen, A. (2005): Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4); s.624–633
- Duffy, M., Chenail, R.J. (2004): Qualitative strategies in couple and family assessment. I: Sperry: *Assessment of Couples and Families*. New York: Brunner-Routledge
- Duncan, B.L, Solovey, A.D., Rusk, G.S. (1992): *Changing the Rules. A Client-directed Approach to Therapy*. New York: The Guilford Press
- Duncan, B.L., Hubble, M., Miller, S.D. (1997): Stepping off the throne. *Family Therapy Networker*, 21(4); s.22-33
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J., Johnson, L.D (2003): The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a «Working» Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3 (1); s.3–12
- Duncan, B.L, Miller, S.D., Sparks, J.A. (2004): *The Heroic Client*, revidert utg. San Francisco: John Wiley, Sons.
- Duncan, B.L. (2008): Klient- og resultatstyrt praksis. *Foredrag Oslo: RBUP Øst/sør* 26.05.08
- Ekeland, T.J., Myklebust, V: (1997): Brukarperspektiv på foreldremekling ved samlivsbrøt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34; s. 767-778
- Ekeland, T.J. (1999): Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36(11); s.1036-1047
- Ekeland, T.J. (2000a): Placebofenomenet –hvordan kan det forstås? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 120(25); s.3017-3020

- Ekeland, T.J. (2000b): Placebo: Psykoterapi naturell. Intervju Strand, N. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37; s.927-931
- Ekeland, T.J. (2001): Den terapeutiske samtalen. Om vitenskapsteoretiske dilemma i behandlingsforskning. *Impuls*, 2; s. 3-8
- Ekeland, T.J. (2002): Vitenskap, evidens og makt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39(9); s.826-832.
- Ekeland, T.J. (2007): Evidensbasert toalettrening. Når det gjeld helse ser det ut til å vere statens mål at vi alle bør leve evidensbaserte liv. Oslo: *Morgenbladet*. Kronikk 21.09.07 og påfølgende debatt
- Ekeland, T.J. (2008): Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4); s.406-407
- Eliassen, H. (2006): Reflekterende prosesser i parsamtaler. I: Eliassen, H., Seikkula, J. (red.) (2006): *Reflekterende prosesser i praksis: Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Eliassen, H., Seikkula, J. (red.) (2006): *Reflekterende prosesser i praksis: Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Elster, J. (1998): A plea for mechanisms. I: Hedstrøm, P., Swedberg, R. (red.): *Social Mechanisms: An Analytical Approach to Social Theory*. Cambridge: Cambridge University Press; s. 45-73
- Fals-Stewart, W, Birchler, G.R., Kelley, M.L (2006): Learning Sobriety Together: A Randomized Clinical Trial Examining Behavioral Couples Therapy With Alcoholic Female Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), S. 579-591
- Fiese, B.H., Spagnola, M. (2005): Narratives in and About Families: An Examination of Coding Schemes and a Guide for Family Researchers. *Journal of Family Psychology*. 19(1); s. 51-61.
- Finch, A. E., Lambert, M. J., Schaalje, B. G. (2001): Psychotherapy quality control: The statistical generation of expected recovery curves for integration into an early warning system. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8; s.231-242.
- Fincham, F.D., Beach, S.R. (1999): Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50; s.47-77
- Flåm, A.M. (2008): Krafttak og samtak: Korleis skape ein forskningsvenleg BUP? Erfaringar frå klinikknær forskning i ein travel kvardag. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4); s.406-407
- Freeman, T (2002): Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, 15(2); s. 126-137
- Funk, J.L, Rogge, R.D (2007): Testing the Ruler With Item Response Theory: Increasing Precision of Measurement for Relationship Satisfaction With the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4); s.572-583
- Garfield, R. (2004): The Therapeutic Alliance in Couples Therapy: Clinical Considerations. *Family Process*, 43 (4); s.457-465
- Gilgun, J.F. (2005): Qualitative Research and Family Psychology. *Journal of Family Psychology*, 19(1); s.40-50
- Goeke-Morey, M.C, Cummings, M.E, Papp, L.M (2007): Children and marital conflict resolution: Implications for emotional security and adjustment. *Journal of Family Psychology*, 21(4); s.744-753

- Gottman, J.M, Coan, J, Carrere, S., Swanson, C. (1998): Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60(1); s.5-22
- Gottman, J.M. (1999): *The marriage clinic. A scientifically based marital therapy*. New York: W.W. Norton, Company
- Gottman, J.M, Notarius, C.I. (2002): Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process*, 41(2), 2, s 159-197
- Gottman, J.M, Ryan, K. (2005): The mismeasure of therapy. Treatment outcomes in marital therapy research. I: Pinsof, W.B., Lebow, J.L. *Family Psychology. The Art of the Science*. Oxford: Oxford University Press
- Graham, J.M., Liu, Y.J., Jeziorski, J.L.(2006): The Dyadic Adjustment Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 68(3), s. 701-718
- Grove, W.M (2005): Clinical versus statistical prediction: The contribution of Paul E. Meehl. *Journal of Clinical Psychology*, 61(10); s.1233-1243
- Grøndahl, A-B, Skjælaaen, K. (2005): Intervensjon og konsultasjon. Utvikling av en modell for refleksjon rundt terapiprosessen for klient og terapeut. *Fokus på familien*, 33(1); s. 58-68
- Gullestad, S. Evidensbasert psykoterapi. *Impuls*, 2003,1, 81-84
- Gurman, A.S. (2003): Ushering in a new era. I: Sexton, T.L, Weeks, G.R., Robbins, S.M (Eds.): *Handbook of Family Therapy. The Science and Practice of Working with Families and Couples*. New York: Brunner-Routledge.
- Halford, K.W. (2006): Strength in Numbers: The Couple Relationship in Adult Therapy. *Behaviour Change*, 23 (2); s.87-102
- Hannan, C, Lambert, M.L, Harmon, C, Nielsen, S.L, Smart, D.W, Shimokawa, K., Sutton, S.W. (2005): A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2); s.155-163, 2005
- Hansson, K. (1996): Utvärdering som del i kvalitetsutveckling. *Fokus på familien*, 24; s.183-188
- Hareide, D. (2006): *Konfliktmegling –et nordisk perspektiv*. Oslo: Spartacus Forlag
- Harmon, C, Hawkins, E.J, Lambert, M.J, Slade, K., Whipple, J.L. (2005): Improving outcomes for poorly responding clients: The use of clinical support tools and feedback to clients. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2); s.175-185
- Harmon, C, Lambert, M.J, Smart, D.M., Hawkins, Nielsen, S.L, E.J, Slade, K., Lutz, W. (2005): Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist/client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17(4); s.379/392
- Hatfield, D.R., Ogles, B.M. (2006): The influence of outcome measures in assessing client change and treatment decisions. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3); s.325-337
- Hawkins, E.J, Lambert, M.J, Vermeersch, D.A, Slade, K.I., Tuttle, K.C. (2004): The therapeutic effect of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research*, 14(3); s.308-327

- Hawkins, A.J, Fawcett, E.B, Carrol, J.S., Gilliland, T.T. (2006): The marriage moments program for couples transitioning to parenthood: Divergent conclusions from formative and outcome evaluation data. *Journal of Family Psychology*, 20(4); s.561–570
- Heatherington, L, Friedlander M.L., Greenberg, L (2005): Change Process research in Couple and Family Therapy: Methodological Challenges and Opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19 (1), 18-27
- Henggeler, S.W, Schoenwald, S.K, Borduin, C.M., Swenson, C.C. (2006): Methodological critique and meta-analysis as Trojan horse. *Children and Youth Services Review*, 28, 447– 457
- Henriksen, C.S., Malmgren, M., Juul, M.M. (2004): *Konfliktmægling i statsamtene*. Rapport. København: Center for alternativ samfunnsanalyse.
- Heyman, R.E., Smith Slep, A.M. (2001): The Hazards of Predicting Divorce Without Crossvalidation. *Journal of Marriage and the Family*, 63(2); s.473–479
- Helmeke, K.H, Sprenkle, D.H. (2000): Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4); s.469-483
- Hoel, A.K. (2002): Et samfunnspsykologisk perspektiv på familievernet. *Upublisert*. Skriftlig arbeid til spesialiteten i samfunnspsykologi
- Hjort, H. (1997): Om sannhet i psykoterapi. En vitenskapsteoretisk drøfting. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34(1); s.2-12
- Holmes, D, Murray, S.J, Perron, A., Rail, G. (2006): Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: Truth, power and fascism. *International Journal on Evidence-Based Healthcare*, 4(3); s.180–186
- Hollimon, A.S.(2005): The impact of functional family therapy on youth and parent functioning. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 66(1-B), s 555
- Holth, P. (2002): Diffust om ikke-målbare fenomener. *Rus&avhengighet*, 2002(4), 37-38
- Holtzworth-Munroe, A, Jacobson, N.S, DeKlyen, M., Wishman, M.A. (1989): Relationship between behavioural marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5); s.658-662
- Hordaland Fylkeskommune (2004): *Brukarundersøking Familievernkontora i Hordaland*.
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36; s. 223–233.
- Hougaard, E (2004): *Psykoterapi –teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Hubble, M.A, Miller, S.D., Duncan, B.L. (red.)(1999): *The Heart, Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Huggins, T, Valla, B., Huggins, A (2007): Når barns og foreldres bidrag gjør oss effektive. I: Ulvestad, A.K, Henriksen, A.K, Tuseth, A.G, Fjedstad, T. (2007): *Klienten –den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hunnes, K. (2007): Brukarundersøkingar og evidensbasert terapi i familievernet. *Semesteroppgåve, masterstudium ved Høgskulen i Volda*, Hausten 2007

- Haaland, K, Njå, M.& Montgomery, H. (1999): *Fagutvikling i sosialt arbeid -et systemisk perspektiv*. Oslo: TANO
- Haavind, H. (1994): Kjønn og klinisk forståelse. I: Reichelt, S.(red): *Psykologi i forandring*. Oslo: Norsk psykologforening.
- Iacoviello, B.M, McCarthy, K.S., BarrettM.S, Rynn, M, Gallop, R., Barber, J.P. (2007) : Treatment preferences affect the therapeutic alliance: Implications for randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1); s.194-198
- Isakson, R.L, Hawkins, E.J, Harmon, S.C, Slade, K, Martinez, J.S., Lambert, M.J. (2006): Assessing Couple Therapy as a Treatment for Individual Distress: When is Referral to Couple Therapy Contraindicated? *Contemporary Family Therapy*, 28; s.313-322
- Jensen, P. (2006): Hvordan kan "den store psykoterapidebatten" påvirke forståelsen av familierapiforskningen? *Fokus på familien*, 34(2); s.91-106
- Jensen, P.S., Weersing, R, Hoagwood, K.E., Goldman, E. (2005): What Is the Evidence for Evidence-Based Treatments? A Hard Look at Our Soft Underbelly, *Mental Health Services Research*, 7(1); s.53-74
- Johannesen, B.F. (2004): *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Notat 22-2004. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Johansen, J.A., Cordt-Hansen, K. (2006): Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(7); s.714-718
- Johnsen, A., Sundet, R., Torsteinsson, V. (2000). *Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorientert terapi*. Oslo: Tano Aschehoug
- Johnsen, A.(2007): New branches on the Tree of Knowledge. Challenges for systemic family therapists. *Journal of Family Therapy*, 29(2); s.114-130
- Johnson, S.M. (2003): The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3); s. 365-384
- Johnson, S.M. (2005a): The evolution of couple therapy. *Psychologist*, 18(9); s. 538-540
- Johnson, S.M. (2005b): Emotion and the repair of close relationships. I. Pinsof, W.M, Lebow, J.L. (Eds.): *Family psychology. The Art of the Science*. New York: Oxford University Press
- Johnson, S.M, Cohan, C.L, Davila, J, Lawrence, E, Rogge et al (2005): Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1); s.15-27
- Jonassen, W., Bratt, C. (1998): Familievernet: En undersøkelse av åtte familievernkontor. *NIBR prosjektrapport*, 1998:3
- Jones, E., Asen, E (2000): *Systemic Couple Therapy and Depression*. London: Karnac
- Karver, M.S, Handelsman, J.B, Fields, S., Bickman, L. (2005): A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1); s.35-51
- Kim, H.K., Capaldi, D.M (2007): Generalizability Issues in Observational Studies of Couples: Sample Characteristics and Task Design. *Journal of Marriage and Family*, 69(1), s 86-91.

- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, et al (2008): Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2): e45
- Knobloch-Fedders, L.M, Pinsof, W.M., Mann, B.J. (2004): The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy. *Family Process*, 43(4); s. 425-442
- Knobloch-Fedders, L.M. Pinsof, W.M., Mann, B.J. (2007): Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2); s.245-257
- Kordy, H, Hannöver, W., Richar, M. (2001): Computer-assisted feedback-driven quality management for psychotherapy: The Stuttgart-Heidelberg model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2); s. 173-183
- Kvale, S. (1996): Profesjonspraksis som erkjennelse. Om dilemmaer i terapeutisk forskning. I: Reichelt, S.(red): *Psykologi i forandring*. Oslo: Norsk Psykologforening.
- L'Abate, L. (2004): Couple and family assessment. Current and future prospects. I: Sperry: *Assessment of Couples and Families*. New York: Brunner-Routledge
- Lambert, M. (2001): Psychotherapy outcome end quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2); s.147-149
- Lambert, M. (2005): Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61(7); s.855-869
- Lambert, M. (2007): Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1); s.1-14
- Lambert, M.J, Hansen, N.B., Finch, A.E (2001): Patient-focused research: Using patient outcome to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2); s.159-172
- Lambert, M.J, Whipple, J.L, Smart, D.W, Vermeersch, D.A, Nielsen, S.L., Hawkins, E.J. (2001): The effects of providing therapists with feedback of patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1); s.49-68
- Lambert, W, Salzer, M.S., Bickman, L. (1998): Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2); s.270-279
- Larsen, E, Aasheim, F., Nordal, A. (2006): *Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingssplanen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1315
- Lavee, Y, Avisar, Y. (2006): Use of standardized assessment instruments in couple therapy: The role of attitudes and professional factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2); s.233-244
- Lebow, J.(2002): Learning to love assessment. Today's research tools can help you be a better therapist, *Psychotherapy Networker*, (5); s. 63
- Lebow, J. (2007): A look at the evidence, Top 10 research findings of the last 25 years, *Psychotherapy Networker*, (2)
- Levant, R.F.(2005): *Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice*. American Psychological Association, Washington, DC.

- Linley, P.A., Joseph, S. (Eds.) (2004): *Positive psychology in practice*. Hoboken: John Wiley, Sons
- Littell, J.H. (2006): The case for Multisystemic Therapy: Evidence or orthodoxy? *Children and Youth Services Review*, 28, s458-472
- Locke, H.J, Wallace, K.M. (1959): Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living* (21); s.251-255.
- Lomøy, M-K, Pigato, B, Strand, A.K. (2001): *Ikke veid, men funnet for lett...- Seks fedres opplevelser med mekling*. Studentundersøkelse sosionomutdanningen. Høgskolen i Bodø
- Lopez, G.S (2007): *Minoritetsperspektiver på norsk familievern. Klienters erfaringer fra møtet med familievernkontoret*. Oslo: NOVA, 9/07
- Lov om familievernkontor (1998). Lovdata. www.lovdata.no, 15.01.08
- Luborsky, L., Rosenthal, R, Diguier, L, Andrusyna, T.P, Berman, J.S. et al (2002): The dodo bird verdict is alive and well –mostly. *Clinical Psychology: Science and practice*, 9(1); s. 2-12.
- Lueger, R.J, Howard, K.I, Martinovich, Z, Liytz, W, Andersen, E.E., Grissom, G. (2001): Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2); s. 150-158
- Lundblad A-M, Hansson K. (2005): Outcomes in couple therapy: Reduced psychiatric symptoms and improved sense of coherence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59; s.374-380
- Lundblad A-M, Hansson K. (2006): Couples therapy: Effectiveness of treatment and long-term follow-up. *Journal of Family Therapy* (2006) 28; s.136-152
- Malterud, K. (2001): The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, 358(9279); s.397-400
- Markman, H. J, Kline, G.H, Rea, J.G, Piper, S.S., Stanley, S.M. (2005): A sampling of theoretical, methodological, and policy issues in marriage education: Implications for family psychology. I: Pinsof, W.M, Lebow, J.L. (red.): *Family psychology. The art of the science*. New York: Oxford University Press
- Marthinsen, E. (2004a): A mind for learning: Merging education, practice and research in social work. *Social Work, Social Sciences Review*, 11(2); s. 19-31
- Marthinsen, E. (2004b): "Evidensbasert" praksis og ideologi. *Nordisk sosialt arbeid*, 24 (4), 290-302
- Middelborg, J, Lilledalen, G, Tindberg, J.W, Solevåg,A, Lang, N.(2007): Tryggere barndom - Parterapi en nyttig tilnærming for barn som lever med vold i familien. *Fokus på familien*, 35(4); s. 292-311
- Miller S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks J., Claud, D. (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.
- Miller S.D., Duncan, B.L (2004): *The Outcome and Session Rating Scales. Administration and Scoring Manual*. Chigago: Institute for Therapeutic Change.
- Miller, S.D., Duncan, B.L, Brown, J, Sorrell, R., Chalk, M.B (2006): Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1); s. 5-22

- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R., Brown, J (2006): The partners for change outcome system. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2); s. 199-208
- Miller, S, Hubble, M., Duncan, B (2007): Supershrinks. What's the secret of their success? *Psychotherapy Networker*, (6),
- Miller, S.D., Mee-Lee, D., Plum, W. (2005). Making treatment count: Client-directed, outcome-informed clinical work with problem drinkers. I: J.L. Lebow (Ed.), *Handbook of Clinical Family Therapy*. Hoboken: John Wiley, Sons
- Mitrani, V.B, Perez, M.A. (2003): Structural-strategic approaches to couple and family therapy. I: Sexton, T.L, Weeks, G.R., Robbins, S.M (Eds.): *Handbook of Family Therapy. The Science and Practice of Working with Families and Couples*. New York: Brunner-Routledge.
- Mortensen, Ø., Thuen, F. (2007): Kunnskapsstatus om forskning på modeller for samlivskurs. *Hemil-rapport*, 1-07. Universitetet i Bergen
- Morønning, V. Erfaringer med klient- og resultatstyrt terapi. Workshop regional konferanse for familievernet, 06.04.06
- Murray, C.E., Murray, T.L.jr. (2007): The family pharm: An ethical consideration of psychopharmacology in couple and family counselling. *The family journal: Counseling and therapy for couples and families*: 15(1); s. 65-71
- Mæhle, M. (2005): *Reinventing the Child in Family Therapy. An Investigation of the Relevance and Applicability of Theory and Research in Child Development for Family Therapy Involving Children*. Oslo: Academic Press.
- Mølmen, T.S. (2008): Et hjertesukk om manglende folkeskikk i psykiatrien *Fokus på familien*, 36(1); s.3-11
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006): *Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje*. www.kunnskapssenteret.no
- New York State Consumers, Survivors, Patients and Ex-Patients (2004): *Infusing recovery-based principles into mental health services*. White paper. New York State Office of Mental Health, New York.
- Nielsen, R. (2004): Depresjon og parterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41(12); s.991-995
- Norcross, J. (2002): *Empirically Supported Therapy Relationships: Conclusions and Recommendations of the Division 29 Task Force*, American Psychological Association, Washington DC.
- Nordby, T.T., Gude, T. (2003): Depresjonens betydning for utfall i parterapi. En forløpsstudie av innlagte pasienter ved Familieavdelingen, Modum Bad. *Fokus på familien*. 31(2); s. 90-102
- Norsk Psykologforening (2007): *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*, http://www.psykol.no/arch/_img/g122682.doc 15.10.07
- Okiishi, J.C, Lambert, M.J, Eggett, D, Nielsen, L, Dayton, D.D., Vermeersch, D.A. (2006): An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62; s.1157-1172
- Oddli, H.W., Kjøs, P. (2002): Å velge i et mangfold av terapimodeller. Momenter til en interpersonlig integrering av terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39(5); s. 403-410

- Papp, L.M, Goeke-Morey, M.C., Cummings, E.M. (2007): Linkages between spouses' psychological distress and marital conflict in the home. *Journal of Family Psychology*, 21(3), s.533-537
- Patterson, J.E, Miller, R.B, Carnes, S., Wilson, S. (2004): Evidence-based practice for marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2); s.183-195
- Percevic, R, Lambert, M.J., Kordy, H. (2006): What is the predictive value of responses to psychotherapy for its future course? Empirical explorations and consequences for outcome monitoring. *Psychotherapy Research*, 16(3); s. 364-373
- Perepletchikova, F, Treat, T.A., Kazdin, A.E. (2007): Treatment Integrity in Psychotherapy Research: Analysis of the Studies and Examination of the Associated Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6); s. 829-841
- Pinsof, W.M, Wynne, L.C. (2000): Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1); s.1-8
- Pinsof, W.M (2005): Integrative Problem-Centered Therapy. I: Norcross, J.C., Goldfried, M.R (Eds.) (2005): *Handbook of Psychotherapy Integration (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press
- Pinsof, W.M, Lebow, J.L. (2005): A scientific paradigm for family psychology. I: Norcross, J.C., Goldfried, M.R (Ed.) (2005): *Handbook of Psychotherapy Integration (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press
- Pinsof, W.M (2008): The integration of individual, family and biological therapies. The Integrative Problem Centered Model. Foredrag, Oslo, <http://rod.idium.no/nbbf.no/filestore/PinsofNorwayMarch2008.pdf>, 05.08.08
- Pinsof, W.M, Zinbarg, R., Knobloch-Fedders, L.M. (in press): Integrative psychotherapy alliance scales. Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple and individual therapy. *Family Process*.
- Pocock, D (2006): Astri Johnsen, Rolf Sundet and Vigdis Wie Torsteinsson, Self in Relationships: Perspectives on Family Therapy from Developmental Psychology, *Journal of Family Therapy*, 28 (2), 103
- Reese, R.J., Norsworthy, L.A., Rowlands, S. (in press): Does a popular continuous feedback model improve psychotherapy outcome?. *Journal of Counselling Psychology*.
- Refnin, A.L. (2007): Psykiske plager hos et utvalg klienter i familievernet sett i forhold til et psykiatriutvalg og et normalutvalg. *Familievernkontoret Moss*, Upublisert manus
- Rober, P (2005): Family therapy as a dialogue of living persons: a perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4); s.385-397
- Rochlen, A.B. (2005): Men in (and out of) therapy: Central concepts, emerging directions, and remaining challenges. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6); s.627-631
- Rochlen, A.B., Hoyer, W.D (2005): Marketing mental health to men: Theoretical and practical considerations. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6); s. 675-684
- Rosenvinge, J.H, Larsen, E, Skårderud, F., Thune-Larsen, K-B. (2004): Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41(9); s. 706-712

- Rye, M.S, Pargament, K.I, Pan, W, Yingling, D.M, Shogren. K.A., Ito M. (2006): Can group interventions facilitate forgiveness of an ex-spouse? A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), s.880–892
- Rygh, L.H., Mørland, B. (2006): Jakten på de gode kvalitetsindikatorerne. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126; s.2822-2825
- Rønnestad, M.H. (2008): Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4); s. 444-454
- Rønnestad, M.H., Ladany, N. (2006): The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(3); s. 261-267
- Rådet for psykisk helse (2008): *Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena*. Oslo: Rådet for psykisk helse. Rapport
- Saatsi, S, Hardy, G.E., Cahill, J. (2007): Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2); s.185-195
- Sackett, D.L, Rosenberg, W.M.C, Gray, J.A.M, Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996): Evidence-based Medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.
- Saggese, M.L. (2005): Maximizing Treatment Effectiveness in Clinical Practice: An Outcome-Informed, Collaborative Approach. *Families in Society*, 86(4); s.558-564
- Santisteban, D.A, Suarez-Morales, L, Robbins, M.S., Szapocznik, J (2006): Brief Strategic Family Therapy: Lessons Learned in Efficacy Research and Challenges to blending research and practice. *Family Process*, 45(2); s.259-271
- Sapyta, J, Riemer, M.& Bickman, L. (2004): Feedback to Clinicians: Theory, Research, and Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2); s.145-153
- Sbarra, D.A., Emery, R.E. (2008): Deeper into divorce: Using actor-partner analyses to explore systemic differences in coparenting conflict following custody dispute resolution. *Journal of Family Psychology*, 22(1); s.144 -152
- Schau, M. (1993): Javisst nytter det –Brukernes opplevelse av behandlingen ved et familievernkontor. *Fokus på familien*, 21; s.245-258
- Schulz, M.S, Cowan, C.P., Cowan, P.A. (2006): Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1); s.20–31
- Seedall, R.B., Butler, M.H. (2006): The effect of proxy voice intervention on couple softening in the context of enactments. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4); s.421-437
- Seligman, M.E.P. (2002): *Authentic Happiness. Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: The Free Press
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A, Park, N., Peterson, C. (2005): Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5); s.410-421

- Sexton, T.L., Alexander, J.F. (2003): Functional Family Therapy. A Mature Clinical Model for Working With At-Risk Adolescents and Their Families. I: Sexton, T.L, Weeks, G.R., Robbins, M.S.: *Handbook of Family Therapy. The science and practice of working with families and couples*. New York: Brunner-Routledge
- Sexton, T.L (2007): The therapist as moderator and mediator on successful therapeutic change. *Journal of Family Therapy*, 29; s.104-108
- Sexton, T.L, Gordon, K, Gurman, A.S, Lebow, J.L, Holtzworth-Munroe, A., Johnson, S.M (2007): *Evidence-Based Treatments in Couple and Family Psychology. Report of the Task Force on Evidence-based Treatments in Family Psychology*. Washington: American Psychological Association, Division 43, Family Psychology
- Sexton, T.L, Ridley, C.R, Kleiner, A.J.(2004): Beyond common factors: multilevel-process models of therapeutic change in marital and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (2); s. 131-149
- Sexton, T.L, Weeks, G.R., Robbins, S.M (2003): *Handbook of family therapy. The science and practice of working with families and couples*. New York: Brunner-Routledge
- Shadish. W.R., Baldwin, S.A. (2003): Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4); s. 547-570
- Shadish. W.R., Baldwin, S.A. (2005): Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1); s.6-14
- Simpson, L.E, Atkins, D.C, Gattis, K.S., Christensen, A. (2008): Low-Level Relationship Aggression and Couple Therapy Outcomes. *Journal of Family Psychology*, 22(1); s. 102-111
- Skauli, G. (2003): Fokus på forandring: Terapeuters opplevelse av en behandlingsundersøkelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40 (12); s.1058-1064
- Skauli, G. (2007a): Modell for klientrettet og resultatstyrt praksis. I: Ulvestad, A.K, Henriksen, A.K, Tuseth, A.G, Fjeldstad, T. (red.): *Klienten – den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Skauli, G. (2007b): Å arbeide i tråd med klientens endringsteori. I: Ulvestad, A.K, Henriksen, A.K, Tuseth, A.G, Fjeldstad, T. (red.): *Klienten – den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Smith, M.L., Glass, G.V (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, G.C.S., Pell, J.P. (2003): Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: Systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327; s.1459-1461
- Snyder, D.K. (1997): *Manual for the Marital Satisfaction Inventory –Revised*. Los Angeles: Western Psychological Services
- Snyder, D.K, Castellani, A.M., Whisman, M. (2006): Current Status and Future Directions in Family Therapy. *Annual Review Psychology*, 57; s. 317-354
- Snyder, C.R., Lopez, S.H.(2002): *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press
- Solem, M.B.(2000): Å ta empirien med en klype salt. Sentrale problemer i familieforskning i barne- og ungdomspsykologien. Del 1. *Fokus på familien*, 28(4); s.254-264.

- Solem, M.B. (2002): Å ta empirien med en klype salt. Sentrale problemer i familieforskning i barne- og ungdomspsykologien. Del 2. Metodisk tilnærming i familieforskning. *Fokus på familien*, 30(1); s.34-45.
- Solem, M.B, Tilden, T., Thuen, F. (2008) Å ta empirien på alvor: Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere? *Fokus på familien*, 36(2); s.88-106
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): ...Og bedre skal det bli. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Veileder 15-1162.
- Spanier, G.B (1976): Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(2); s.15-28
- Sparks, J, Duncan, B, Miller, S, Bohanske, R., Claud, D. (in press). Giving Youth a Voice: A Preliminary Study of the Reliability and Validity of a Brief Outcome Measure for Children, Adolescents, and Caretakers. *Journal of Brief Therapy*.
- Sperry, L. (2004): *Assessment of Couples and Families*. New York: Brunner-Routledge
- Sprenkle, D.H., Blow, A.J (2004a): Common Factors and our Sacred Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (2); s.113-129
- Sprenkle, D.H., Blow, A.J (2004b): Common Factors are not islands –they work through models: A response to Sexton, Ridley, and Kleiner. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (2); s.151-157
- Sprenkle, D.H., Blow, A.J (2007): The role of the therapist as the bridge between common factors and therapeutic change: more complex than congruency with a worldview. *Journal of Family Therapy*, 29; s.109-113
- Stanley, S.M, Whitton, S.W, Sadberry, S.L, Clements, M.L., Markman, H.J (2006): Sacrifice as a Predictor of Marital Outcomes. *Family Process*, 45(3); s.289-303
- Stanton, M.D., Shadish, W.R. (1997): Outcome, Attrition and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin*, 122(2); s.170-191
- Statistisk sentralbyrå, 2008, Statlig regionalt barne- og familievern. Endelige tall 2006. www.ssb.no/barnfam, 11.01.2008
- Stern, D. (2007): *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Stratton, P. (2005): *Report on the Evidence Base of Systemic Family Therapy* www.aft.org.uk/training/research, 05.04.08
- Stratton, P. (in press): Constructing an outcome measure for therapy with relational systems: Practitioner Research Networks in action. *The Psychotherapist*.
- Sundet, R. (2006): Reflekterende prosesser – noe mer enn refleksjon? I: Eliassen, H., Seikkula, J. (red.): *Reflekterende prosesser i praksis: Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sundet, R. (in press(a)): The good therapy.

- Sundet, R. (in press(b)): Conversation and feedback practices in a family therapy unit: Working with process and outcome.
- Symonds, D., Horvath, A.O. (2004): Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4); s.443-455
- Sveriges officiella statistik (2001): *Familj rätt under 2000*. Stockholm: Statistik Socialtjänst 2001:5
- Szapocznik, J., Prado, G. (2007): Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: A recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology*, 21(3); s.468 – 478
- Sørensen, R.J. (2008): Styringsutfordringer i offentlig sektor. Handelshøyskolen BI. Foredrag 24.januar 08. [http://www.bi.no/Info-avdelingFiles/Forskningskommunikasjon/ Styringsutfordringer i offentlig sektor.pdf](http://www.bi.no/Info-avdelingFiles/Forskningskommunikasjon/Styringsutfordringer%20i%20offentlig%20sektor.pdf)
- Teigen, A. M. F.(2004): Klientens forandringsteori i familierapi. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 41(7); s.544-551
- Tetzlaff, B.T, Kahn, J.H, Godley, S.H, Godley, M.D., Diamond, G.S., Funk, R.R. (2005): Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2); s.199–207
- Thuen, F. (2003): Samlivsbrudd og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, s 12-22
- Thuen, F., Lærum, K.T. (2004): A public/private partnership in offering relationship education to the Norwegian population. *Family Process*, 44(2); s.175-185
- Tilden, T (2008): *The process-outcome study in couples and family therapy. A Norwegian multi-site pilot project*. Modum Bad. Prosjektbeskrivelse.
- Tjersland, O.A. (1992): *Samlivsbrudd og foreldreskap. Meklingsprosessens psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tomm, K. (1987a): Interventive interviewing. Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26(1); s.3-13.
- Tomm, K. (1987b): Interventive interviewing. Part II. Reflexive questioning as means to enable self-healing. *Family Process*, 26(2); s. 167-183
- Tomm, K. (1988): Interventive interviewing. Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1); s.1-15
- Torsteinsson, V.W. (2007): Den kliniske artikkelen - noe mer enn anekdoter fra terapirommet? *Fokus på familien*, 35(2); s. 88-100
- Towle, A., Godolphin, W. (1999): Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal* , 319; s.766-69
- Trepper, T.S, Dolan, Y, McCollum, E.E., Nelson, T. (2006): Steve de Shazer and the future of Solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2); s.133-139
- Tuseth, A.G, Sverdrup, S, Hjort, H., Friestad, C. (2006): *Å spørre den det gjelder. Erfaringer med bruk av klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid*. Oslo: RBUP Øst/Sør. Rapport

- Ulvestad, A.K, Henriksen, A.K, Tuseth, A.G, Fjedstad, T. (2007): *Klienten – den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Våpenstad, E.V (2005): Hva er galt i psykisk helsevern? *Aftenposten*, 08.11.05
- Walby, F. (2003): Evidensbasert psykoterapi: en metode for kliniske beslutninger –ikke et forskningsdesign. *Impuls*, 2003(1), 85-91
- Walsh, F. (2003): Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1); s.1-18
- Wampler, K.S, Shi, L, Nelson, B.S., Kimball, T.G. (2003): The Adult Attachment Interview and Observed Couple Interaction: Implications for an intergenerational perspective on couple therapy. *Family Process*, 42(4); s.497-515
- Wampold, B. (2001): *The Great Psychotherapy Debate: models, methods and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates
- Wampold, B. (2007): Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8); s.857-873
- Wampold, B., Brown, G.S. (2005): Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5); s.914-923
- Weiss, R.L (2005): A critical view of marital satisfaction. I. Pinsof, W.M, Lebow, J.L. (red.): *Family psychology. The Art of the Science*. New York: Oxford University Press
- Westen, D., Weinberger, J. (2005): In Praise of Clinical Judgment: Meehl's Forgotten Legacy. *Journal of Clinical Psychology*, 61(10); s.1257-1276
- Wettersten, K.B, Lichtenberg, J.W., Mallinckrodt, B. (2005): Associations between working alliance and outcome in Solution-Focused Brief Therapy and brief interpersonal therapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2); s.35-43
- Whiffen, V.E. (2005): Disentangling causality in the associations between couple and family processes and depression. I: Pinsof, W.B., Lebow, J.L. *Family Psychology. The Art of the Science*. Oxford: Oxford University Press
- White, M., Epston, D. (1990): *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50; s.59-68
- Williams, D.C., Levitt, H.M. (2007): Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(1); s.66-82
- Williams, L.M, Patterson, J.E, Miller, R.B. (2006): Panning for Gold: A Clinician's Guide to Using Research, *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (1); s. 17-32
- Wright, J, Sabourin, S, Mondor, J, McDuff, P., Mamodhoussen, S. (2007): The Clinical Representativeness of Couple Therapy Outcome Research. *Family Process*, 46(3); s.301-316.

- Zuroff, D.C, Koestner, R, Moskowitz, D.S., McBride, C, Marshall, M., Bagby, M. (2007): Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2); s.137-147
- Øvretveit, J. (2003): *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* København: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, <http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf>, 09.05.08



**Barne-, og ungdoms-
og familiedirektoratet**
Universitetsgata 7
Postboks 8113 Dep.
0032 Oslo
Telefon 46 61 50 00
Faks: 22 98 01 06
E-post: postmottak@bufdir.no