

- **Et systemisk blikk på familiebehandling og familieforskning**
- Den 8. nordiske kongress i familieterapi 27.–30.08 2008
may-britt.solem@sam.hio.no
- Takk for at jeg fikk komme hit og legge frem mine refleksjoner rundt forskning og behandling. Tanker som lenge har opptatt meg.
- Jeg har spurt meg selv: Hvilken rolle har familierelatert forskning i familiebehandling?
- Jeg vil starte med å henvise til en artikkel som kom i Fokus på familien i juni i år som jeg har skrevet sammen med Frode Thuen og Terje Tilden som heter ”Å ta empirien på alvor”.
- Jeg vil argumentere for at familieterapifeltet bør knytte tettere bånd til forskningsfeltet og at forskningsresultater i sterkere grad bør integreres i familiebehandlingens kunnskapsgrunnlag. Behandlingsarbeid og forskning bør ha mange gjensidige berikende møtepunkter.
- Jeg vil ta for meg retningslinjene for helsearbeidere,
- vitenskapsteoretiske utviklingstrekk,
- så vitenskapsbasert kunnskap

- og spesielt argumentere for at kritisk realisme er en relevant vitenskapsteoretisk posisjon i tillegg til sosialkonstruktivismen i forhold til familierapifeltet
- Og prøve å konkludere og være løsningsfokusert: representerer forskning en annen kunnskapsform enn den systemiske? NEI, er kunnskapsgrunnlaget er for snevert? JA, vi trenger å utvide den vitenskapsteoretiske posisjon og vi trenger både erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap.
- Familiebehandling er en relativt ung fagdisiplin som har posisjonert seg ved å markere avstand til den etablerte psykiatri og psykologi har Astri Johnsen skrevet i 1997. Systemisk familiebehandling har vært kritisk til at kunnskap kan forstås i objektive termer og ny kunnskap oppnås gjennom empirisk observasjon. Kvalitativ forskning og kunnskapssyn i behandlingstenkning er ikke så forskjellig eller mer utydelig. Behandling er en praksisdisiplin hvor teori utledes. Kan være at empiri ikke har blitt vektlagt som en sentral kilde til kunnskapsutvikling?
- Empirisk kunnskap er kunnskap som stammer fra våre sanseerfaringer, altså kan det være daglige erfaringer (uavhengig av forskningsbasert kunnskap) eller innsamlet ved hjelp av forskningsmetoder.

- Familien som institusjon er i sterk forandring: økt forekomst av samlivsbrudd, eneforsørgere, stefamilier, homofamilier, etniske minoritetsfamilier, flerkulturelle familier og fattige familier. Det er store endringer som skjer i samfunnet både verdimeslige og politiske, som påvirker familienes levekår og barns oppvekstvilkår. 20.000 barn lever i fattige familier som begrenser barnas livsutfoldelse. Disse endringene har dannet basis for mange studier de senere år. Jeg mener disse studiene er av betydning for systemisk familiebehandling. Foregår i hovedsak utenfor behandlingsmiljøene. Har enkelte familieterapeuter begrenset oppmerksomhet mot disse studiene, fordi de er kritiske til mye av den forskningen og det kunnskapsynet denne forskningen bygger på?
- Jeg mener at familieterapeuter vil ha nytte av å orientere seg i den pågående familierelaterte forskningen. Behandlingsmiljøer bør dessuten aktivt bidra til slik forskning gjennom å peke på kunnskapsbehov, legge forholdene til rette for forskning innen familiefeltet, samarbeide om slik forskning, eller initiere nye forskningsområder og -prosjekter. På denne måten kan det oppstå en fruktbar synergi mellom forskning og praksis.
- Jeg vil belyse og begrunne behovet for at familieterapifeltet knytter tettere bånd til forskningsfeltet og at forskningsresultater i sterkere grad integreres i

familiebehandlings kunnskapsgrunnlag. Det er særlig to grunner til det siste:

- For det første: *kravene om å kunne dokumentere at den kunnskap vi anvender er virksom for dem vi skal hjelpe*, er allerede nedfelt i retningslinjer for alle helsearbeidere (Statens helsetilsyn 2002). Dette kravet har økt de senere årene og kommer sannsynligvis til å øke ytterligere i styrke framover (Larner 2004), jfr. prinsipperklæringen for American Psychological Association (APA) (2005) som ble vedtatt av Sentralstyret til Norsk Psykologforening i 2007. I denne erklæringen vektlegges bruken av empirisk underbygde prinsipper for behandling, hvor en skal velge de beste forskningsresultatene som er tilgjengelige, såkalt *evidensbasert behandling*. Enten vi liker det eller ikke, er det en kjensgjerning at beslutninger om valg av helsetjenester til befolkningen i økende grad styres av økonomiske hensyn. Som fagpersoner innen feltet mener vi derfor at familieterapeuter må bidra i danningen av premissene for slike beslutningsprosesser.
- For det andre vil familierelatert forskning (både kvalitativ og kvantitativ) kunne gi terapeuter økt forståelse og kunnskap om familien som system, og om ytre faktorer som påvirker familiesystemet – inklusive hvilke typer tiltak som er virksomme for hvem. Slik kunnskap vil kunne bidra til bedre begrunnede valg av intervensjonsformer, og trolig også til mer nyttig behandling for de det gjelder.

- Fordi kunnskap kan betraktes som en kapital, kan det medføre maktkamp om hvilken kunnskap som skal være gyldig innen fagfeltet (Astri Johnsen igjen, 1997). Kunnskapen gir også fagfeltet legitimitet ut mot tilgrensende fagfelt og inn mot beslutningssystemer som blant annet legger premisser for i hvor stor grad faget inngår i et hjelpetilbud for befolkningen. I og med at forskningsbasert empiri vanligvis inngår i et fags kunnskapsgrunnlag på lik linje med praksis (erfaringsbasert empiri) og teori, kan det synes underlig at systemisk familiebehandling i liten grad inkluderer denne forskningsbaserte empirien som del av sitt kunnskapsgrunnlag. Konsekvensen kan være at systemisk familiebehandling marginaliseres utenfra (for eksempel ved at bevilgende myndigheter ikke kan se at denne behandlingsformen innfrir de krav som stilles til evidensbasert kunnskap), og at den utarmes innenfra (ved at forskningsbasert empiri som en viktig bestanddel ikke tilføres det gjensidig berikende samspillet med praksis og teori i kunnskapsgenereringen). Offentlige myndigheter har, som tidligere nevnt, gitt klare signaler om at terapeuter i økt grad forventes å måtte dokumentere at klientene de behandler får det beste hjelpetilbudet for sine problemer vurdert ut fra vitenskapelige kriterier, der disse er å oppdrive (Statens helsetilsyn 2002). Selv om evidens og empiri ikke er entydige og statiske størrelser (noe jeg kommer tilbake til), mener jeg det er nødvendig for

behandleren å ha tilgang til forskningsbasert litteratur (der denne finnes) som beskriver hvilke metoder som har vist seg som best egnet for de enkelte problemområder og lidelser vi møter i praksis. På denne måten vil behandlerens vurderinger også innebære ”å objektivere” – å se det hele i perspektiv, og knytte individuelle utsagn til gruppebasert kunnskap eller annen informasjon om kontekst eller situasjonen til familien.

- Det kan for eksempel være nyttig å anvende forskningsresultater som viser at familiebehandling faktisk kan være like virksom som individualbehandling overfor psykiatriske lidelser som opptrer i en familiekontekst (Snyder & Whisman 2003). Det er også gjort beregninger på framtidig gevinst av familiebehandling: Dersom slik behandling hadde blitt tilbudt familier der en vet det er høy risiko for utvikling av alvorlig depresjon, ville en slik intervensjon kunne redusere risikoen med 30 prosent (Whisman & Uebelacker 2003). Slik forskningsbasert kunnskap kan ha betydning både som begrunnelse for økt satsning på familiebehandling, samt bakgrunn for valg av den mest hensiktsmessige intervensjon for de aktuelle klienter.
- Torsteinsson (2000) påpeker at en systemisk terapeut heller vil lete etter et ”multivers” av sannheter istedenfor å lete etter det ene ”univers” av sannhet. Disse ulike foci illustrerer forskjellen mellom de to kunnskapstypene som er

relevante i praksis, nemlig den nomotetiske og den ideografiske (Ekeland 2001).

- *Nomotetisk kunnskap* danner grunnlaget for naturvitenskapene og kommer for eksempel til uttrykk i den medisinske sykdomsmodellen hvor en er opptatt av egenskaper og tilstander som er felles for ulike diagnosegrupper. *Ideografisk kunnskap* handler derimot om det unike og særegne ved hver person. Disse to kunnskapstypene representerer hver sin epistemologi og blir noen ganger oppfattet som uforenelige heller enn komplementære. Følgelig kan man få inntrykk av at forskning og praksis er skilt av en uoverstigelig erkjennelsesmessig og kunnskapsmessig kløft. Hvilket jeg ikke mener er tilfellet. Motsetningen blir særlig påtrengende hvis en hovedsakelig forholder seg til nomotetisk kunnskap (for eksempel empiribaserte behandlingsmanualer overfor enkelte diagnosegrupper), samtidig som en erfarer at ingen klienter fullt ut passer med de aktuelle kjennetegn og beskrivelser. Ofte vil klienter ha kombinasjoner av problemer som gjør at en oppskriftsmessig tilnærming og intervensjon vanskelig kan gjennomføres. Oppmerksomhet rundt diagnoser kan dessuten føre til at vi som terapeuter leter etter kjennetegn hos klienten som passer til diagnosen, slik at vår forforståelse blir bekreftet. Dermed risikerer vi å miste av syne de individuelle nyansene som kunne ha betydning ”en forskjell som gjør en forskjell” både i forståelse og intervensjon.

- Slike kryssende interesser mellom anvendelse av nomotetisk kunnskap og nødvendigheten av å tilrettelegge en behandling for det enkelte individ/par/familie (ideografisk kunnskap), kan nok skape et dilemma som vil bli merkbart dersom forskning (og i særdeleshet kvantitative design) innføres innen en behandlingsenhet. Selv der bruken av instrumenter for datainnsamling oppleves som klinisk relevante, kan de samme instrumenter brukt til forskning likevel oppleves som fremmed. Følgelig har det vært et typisk kjennetegn innen vårt fagfelt at forskning og praksis følger hver sine spor uten vesentlig samhandling (Mæhle 2005). Konsekvensen av dette er at forskningen ikke får fotfeste og innflytelse i den kliniske virksomheten, og den kliniske virksomheten får heller ingen innflytelse på hva det bør forskes i eller blir gjort kjent med resultatene.
- Ekeland (2001) hevder at det er uheldig for familiebehandlingsfeltet å bli altfor opptatt av evidensbasert kunnskapsproduksjon som styrende for terapeutisk praksis, selv om han anerkjenner at slik kunnskap har sin berettigelse innen visse sammenhenger. Han mener familiebehandlingsfeltet representerer et nyttig alternativ til det biomedisinske vitenskapsidealet ved at det kan myke opp de strenge kriteriene for kunnskap. Problemet er, som Ekeland (2001) påpeker, at dette alternativet befinner seg i en marginalisert posisjon i forhold til det dominerende vitenskapsidealet innen de tradisjonelle behandlingfagene

(medisin, psykiatri, psykologi). For forskning innen familiebehandling innebærer dette at en enten må tilpasse seg majoritetskulturen (det vil si "mainstream" med et biomedisinsk vitenskapsideal), eller at en standhaftig står for sin egenart med tro på at dette synet langsomt vil vinne fram.

- Vi erfarer imidlertid at kvantitativ forskning også kan fungere kritisk til mainstream-tenkningen, blant annet der man har tilført et salutogenetisk perspektiv eller mestringsperspektiv i forståelsen av familiens fungering og situasjon. Mye av familieforskningen med et mestringsperspektiv som teoretisk grunnlag, har for eksempel tilført behandlingsfeltet nyttig kunnskap (Schoon 2006; Antonovsky 2004; Grøholt 2003; Gjørum, Grøholt & Sommerschild 1998; Walsh 1996; Hansson & Cederblad 1995).
- På tross av kløften mellom klinikk og forskning, mener også Torsteinsson (2000) at familieterapeuter bør interessere seg for **vitenskapsteori og forskning** fordi vi er nødt til å ta stilling til hvorvidt spørsmålet om objektiv sannhet er viktig eller betydningsfullt. Dessuten må vi i forlengelsen av dette ta standpunkt til på hvilken måte vi kan finne ut om hva som er sanne eller gyldige svar på de spørsmålene vi stiller. Ikke minst gjelder dette i saker der det vil være uetisk og uprofesjonelt å fastholde ideen om at alle meninger er like sanne. For eksempel gjelder dette der

vi har et ansvar for å vurdere spørsmål om maktmisbruk, omsorgssvikt, overgrep eller tvangstiltak.

- **Jeg (2002)** uttrykker et lignende syn når jeg argumenterer for at vi verken som praktikere eller forskere kan unngå å måtte forholde oss til en normativ vurdering av atferd, lidelser eller samspill. Slik normativitet kan være basert på vår egen standard, verdiforankring, faglig orientering eller profesjonalitet. Mæhle (2005) framholder også at det er helt nødvendig ved familiebehandling innen barne- og ungdomspsykiatrien å ha normativ kunnskap med bakgrunn i utviklingspsykologien.
- I samsvar med det hermeneutiske prinsipp er det viktig å være bevisst på og tilkjenne eget ståsted, egen forforståelse og de ulemper dette kan ha i møte med den aktuelle klient eller behandling av aktuelle data. I så måte trenger det ikke å være noen forskjell på kvantitativ og kvalitativ forskning når det gjelder normativitet. Begge former har sin normerte metodelære som skal beskrives og følges blant annet for at resultatene kan muliggjøre kontroll, etterprøving og kritikk. Vi deler Mæhles (2005) holdning om at vi fester lit til kunnskap som er frembrakt i henhold til de allment aksepterte vitenskapelige metodene. Dette innebærer imidlertid ikke en tro på vitenskapsbasert kunnskap som objektiv eller sann, og heller ikke at forskere har en privilegert tilgang til virkelighetsbeskrivelser. Kunnskap, også den vitenskapsbaserte, sees som sosialt

konstruert og må betraktes som relative størrelser som inngår som bestanddeler i et pågående byggverk. Ofte må de også betraktes som **ferskvare**, da de kun har en holdbarhetstid som varer fram til nye funn presenteres i oppfølgende forskning.

- I kjølvannet av den *logiske positivismen/modernismen* som ble utviklet i mellomkrigstida, vokste det fram et ønske fra de naturvitenskaplige disipliner om mer sikker kunnskap som også fikk stor innvirkning innen medisinsk og psykologisk behandling. Behovet for slik kunnskap var å skape en motvekt mot spekulative teorier og politiske overtramp, og stikkord for slik kunnskapsgenerering var logikk, empiri, forholdet mellom årsak og virkning, rasjonalitet, nøyaktighet, måling og telling (Aadland 1998).
- En annen tradisjon som vokste fram deretter var *hermeneutikk*, som innebærer tolkning av menneskelige åndsbegreper slik som mening, vilje, hensikt og intensjon (Aadland 1998). Her ble en opptatt av subjektets forforståelse som nøkkelen til all fortolkning. Ikke minst ble dette sentralt innen psykoterapi, da en så det som viktig å bli seg bevisst den forforståelsen en som terapeut bringer med seg i tolkningen av klienten. En advarte sterkt mot modernismens tro på nøytralitet og fordomsfrihet, da det å skulle tro at en var nøytral ville være den farligste fordom av dem alle.

- Et tredje utviklingstrinn er *postmodernismen*, som på slutten av forrige århundre tok et oppgjør med modernismens verdensbilder og vitenskapsteorier som for eksempel synet på objektivitet, sannhet og fornuft (Aadland 2004). I denne epoken vokste den systemiske familieteorien fram, inspirert blant annet fra filosofi, zoologi, kybernetikk og systemteori, og denne markerte et skille til øvrig psykoterapi ved blant annet å ta et oppgjør med patologitenkning, individuell diagnostikk samt terapeutens rolle som objektiv observatør (Reichelt 2002).
- Som følge av disse vitenskapsteoretiske og -filosofiske utviklingstrekk, har det tradisjonelt vært vanlig å dele inn kunnskapsformene i to typer: den ene som baseres på vitenskap, og den andre som baseres på hverdagskunnskap. Denne polariseringen fører etter vår mening til et motsetningsforhold mellom disse kunnskapsformene som blir lite fruktbart. Som vi senere skal komme inn på, mener vi det nettopp er viktig å anerkjenne begge kunnskapsformenes opprinnelse og innvirkning som likeverdige, slik at en gjennom gjensidig, respektfull utveksling mellom disse kan oppnå en synergieffekt.
- Ved å betrakte de vitenskapsteoretiske og -filosofiske utviklingstrekk, ser en at synet på vitenskapen og samfunnet i stor grad har gått hånd i hånd med skiftende menneskesyn.

- Vitenskapsbasert kunnskap gjør i stor utstrekning bruk av abstrakte og artikulerte teorier, samt spesifikke metodebeskrivelser for framskaffing av ny kunnskap. Ifølge den tyske sosiologen Jürgen Habermas deles denne igjen inn i tre grupperinger som skiller seg fra hverandre ved å ha forskjellige forskningsobjekter, mål og metoder og ved at selve tankestrukturene er grunnleggende forskjellige (Aadland 2004).
- *Den empirisk-analytiske vitenskapen* har grunnlag i naturvitenskapene og i deler av samfunnsvitenskapene som benytter seg av tall og prognoser. Gjennom å beherske, kontrollere og forutsi tekniske og naturvitenskapelige prosesser, søkes det objektive og kvantitative resultater. Naturvitenskapen er i sitt grunnsyn reduksjonistisk, det vil si at en søker å forstå et fenomen som summen av delene det består av ved å "redusere" og analysere bestanddelene til fenomenet. Innenfor denne tradisjonen søker en å bringe klarhet i årsak–virkningsforhold mellom to variabler gjennom bruk av ”gullstandarden” RCT, noe som fra psykologisk hold har blitt svært kritisert når den anvendes overfor sosiale fenomener og mennesker idet disse da lett kan bli betraktet som en ting/maskin, hvor forklaringer på for eksempel sykdom er "maskinfeil" som kan repareres av eksperter (Lauvås & Lauvås 1994). Følgene av denne kritikken er senere blitt innarbeidet i **APAs prinsippklæring** (2005) som vektlegger betydningen av et mangfold av metoder i forskning, avhengig av

forskningsproblemstilling, og følgelig er ikke RCT lenger den "gullstandarden" den en gang var.

- *Den historisk-hermeneutiske vitenskapen* har sitt fokus på fortolkningsarbeid og kommunikative handlinger i den sosiale verden (Aadland 2004). Denne gjensidigheten blir dialektisk idet selvforståelse og forståelse av den andre henger sammen. Med hermeneutikk forstås fortolkningsvitenskap. Mennesket forstår og fortolker seg selv i lys av andre mennesker og i lys av den betydning hendelser og relasjoner har for ens egen person (Nortvedt & Grimen 2004). Denne typen vitenskap egner seg best til studier av sosialt liv og brukes mest innen sosial- og humanvitenskapene. Stikkord er frihet, ansvar, mening, evnetilpassing og verdifokusering med mennesket i sentrum (Aadland 1994).
- Fenomenologi betraktes som en del av hermeneutikken og er en mye brukt forskningsmetode. I fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv (den levde erfaringsverden), for eksempel fra klienters eller pasienters eget perspektiv. Dette subjektperspektivet er i tråd med systemisk familiebehandlingstenkning om at praktikerens forforståelse preger forståelsen av situasjonen. Fenomenologisk praksisforskning, også kalt et "nedenfra-perspektiv", er kjennetegnet ved å bygge opp teorier nedenfra gjennom å studere hva praktikere faktisk gjør, og

hvordan de forstår, reflekterer over og gir mening til praksishandlinger (Thomassen 2006). Denne og den sosialkonstruksjonistiske tenkningen impliserer at den sosiale verden er menneskeskapt. Eksempel på forskning om folks hverdagsliv gjøres ofte innenfor **et sosiokulturelt perspektiv**, som handler om at læring skjer i samhandling. Innenfor dette perspektivet mener vi det er lite hensiktsmessig å betrakte vitenskap og hverdagskunnskap som to typer kunnskapsformer. Hverdagskunnskap sett som folks sosiale praksiser kan også vitenskapeliggjøres for eksempel gjennom praksisforskning med basis i humaniora/humanvitenskap (Cullberg 1990). En del av denne kunnskapsformen er i stor grad "innforstått" eller "taus", også kalt ferdighetskunnskap eller fortrolighetskunnskap ("tacit knowledge"). Omsorgsrasjonalitet danner basis for praktisk yrkest teori eller praksisteori som ifølge Bourdieu knyttes til begrepet "habitus" (Callewaert 1994), det vil si produktet av en livshistorie som lagres i mennesket. Mennesker framstår således med en kompetanse som ikke bare er boklig lært, men som likevel daglig brukes i situasjoner hvor en utfører gjøremål uten anstrengelse (en handling som "sitter i ryggmargen").

- Jürgen Habermas vektlegger spørsmål om moral og mer personlige og følelsesmessige aspekter, og hvor mening bare kan forstås "innenfra", det vil si fra et såkalt livsverdensperspektiv som omfatter den subjektive, men kulturelt integrerte felles forståelsen vi har av verden

(Jensen 1993; Iversen & Holm 2004). Dette synet vil være i motstrid til et hierarkisk kunnskapssyn som innebærer forestillinger om at de teoretiske, akademiske disiplinene er overordnet annen kunnskap (Eide 1989). Jeg mener det er nødvendig å tilstrebe en kunnskapsmodell som motvirker oppfatningen av at én form for kunnskap er mer viktig enn en annen.

- *Den kritisk-emansipatoriske vitenskapen* er mye beslektet med den marxistiske teori som interesserer seg for individets og kollektivets frigjøring. Gjennom kritikk av den gamle viten vil denne avsløres og et nytt og omfattende virkelighetssyn etableres. (En åpen og opplyst diskurs (meningsutveksling), med frie og uavhengige meninger, kan bidra til å komme fram til et felles mål). Begreper som makt, autoritet og interessekonflikter er sentrale (Aadland 2004). Kritisk teori legger vekt på ideologiavsløring, og med et kritisk standpunkt til samfunnets etablerte strukturer har forskning innenfor dette perspektivet blant annet bidratt til å avsløre rådende maktforhold i samfunnet. Kritisk teori setter handlinger inn i en mer omfattende eller helhetlig sammenheng enn den empirinære, ved å hente inspirasjon og ideer til fortolkninger fra metateoretiske perspektiver (Thagaard 2003).
- Bør være et hovedanliggende for familieterapeuter: sosial ulikhet i samfunnet som påvirker familiers livsvilkår og derfor deres mestringsressurser

- Vitenskapsfilosofen Roy Bhaskar, som bidro til utviklingen av kritisk realismetenkningen som en positivismekritikk, mente at det avgjørende spørsmål ikke er *om* man skal være realist eller ikke, men *hva slags* realist man skal være (Bhaskar 1991). Når det gjelder realismespørsmålet, er det grunnleggende standpunkt at virkeligheten eksisterer uavhengig av våre diskurser og viten om den. Kritisk realisme står derfor i opposisjon til idealisme. Men kritisk realisme er ikke en hvilken som helst realisme. På den ene siden markeres klar avstand til positivisters empiriske realisme ved det standpunkt at den sosiale verden grunnleggende er konstruert, meningsfull, under utvikling og åpen. Med andre ord er den i hovedsak menneskeskapt (Buch-Hansen & Nielsen 2005).
- På den andre siden hevder kritiske realister at virkeligheten også har et dybdenivå, som ikke direkte er tilgjengelig for våre sanser. Det inneholder blant annet sosiale strukturer (samfunnet) og relasjoner, som supplerer og samhandler med individer. Postmodernister er også realister, men de er ikke så opptatt av den ytre virkelighet og relasjonene mellom struktur og aktør (ibid).
- Ifølge Callewaert (1994) kan den franske sosiologen Bourdieu ontologisk plasseres innen denne tradisjonen. Bourdieu overskrider denne aktør/struktur-dualismen gjennom sine sentrale begreper habitus, felt og kapital. Vi har mye å lære av Bourdieu idet han var meget opptatt av å

overskride dualismer eller som han selv formulerte det, ”å bryte med en hel serie av i sosial henseende meget sterke motsetninger – individ/samfunn, individuell/kollektiv, bevisst/ubevisst, engasjert/uengasjert, objektiv/subjektiv etc. – som synes å være konstituerende for enhver normalt konstituert tankegang” (Bourdieu 1997:12). Kritisk realisme innebærer at det er essensiell forskjell på virkeligheten og våre teorier og forestillinger om den.

- I Bourdieus praksisteori (2005) ligger forutsetningen for å forstå praksis; at praksis ikke er å følge en regel, men at den er styrt av noen grunnorienteringer en har begynt å samle på fra barndommen (habitus). En teori er en forklaring, mens praksis hevdes å være en annen sjanger. Bourdieu mener at praksis har en egen logikk, mens teorien bare er en referanse. Ifølge Bourdieu er det interessante det som ikke sies. Her er det forskeren må gjøre tolkninger på grunnlag av koblinger mellom individuelle utsagn og kunnskap om samfunnsstrukturer (den refleksive prosess, å objektivere).
- Forholdet mellom kritisk realisme og konstruktivisme er ikke et motsetningsforhold. Kritisk realisme er en moderat form for konstruktivisme som anerkjenner at viten er et sosialt produkt. Kritisk realisme betrakter den sosiale virkeligheten som resultat av sosiale interaksjoner og fremhever betydningen av mening, fortolkning, kultur og diskurser. Forskjellen er at kritisk realisme inkluderer en rikere ontologi. Her er det også plass til objektive

strukturer, kausalitet og dybde som kan inkluderes i samfunnsvitenskapen (Buch-Hansen & Nielsen 2005).

- Vil man forstå hvorfor noen diskurser blir marginaliserte eller alternative mens andre blir dominerende og hegemoniske meningshorisonter, er man ifølge kritiske diskursanalytikere nødt til å se dem i relasjon til økonomiske interesser og politiske maktrelasjoner, dvs. i sammenheng med den *ikke-diskursive sosiale kontekst* som de inngår i (Fairclough 2001). Dette synet mener vi kan være relevant for både familiebehandlingsfeltet og familieforskningsfeltet, fordi som jeg tidligere har sagt: familieperspektivet ellers kan bli borte dersom forståelsen av familiens situasjon ikke settes i sammenheng med strukturelle betingelser i samfunnet (Solem 2002). Det vil derfor være hensiktsmessig å utvide den vitenskapsteoretiske posisjon til også å inkludere kritisk realisme.
- I de nye helselovene og behandlingsveiledere fra Statens helsetilsyn blir kravene til kvalitet i behandlingen skjerpet blant annet ved at kunnskapsreferansene i størst mulig utstrekning skal hentes fra evidensbaserte forskningsresultater (Statens helsetilsyn 2002). Dette har vekket reaksjoner fra fagfolk som hevder at slike pålegg kan føre til at det bare blir de terapiformer som kan vise til veldefinerte og spesifikt virkende prosedyrer og teknikker som får terapeutisk og kunnskapsmessig legitimitet

(Gullestad 2001; Binder, Holgersen & Nielsen 2001; Malterud 2001). Norsk Psykologforening (2002) advarer mot å la behandlingsveilederne fra Statens helsetilsyn bli mer betydningsfulle enn som **anbefalinger og råd**. På tross av den evidensbaserte kunnskap disse veilederne er bygget på, understreker Psykologforeningen at de konkrete tiltakene må skje lokalt, tilpasset lokale forutsetninger og den enkelte pasients behov. En ytterligere presisering av dette gjøres i forbindelse med at Norsk Psykologforening (2007) som tidligere nevnt har vedtatt Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Vi mener at denne erklæringen også får betydning for familieterapeuter ved at det her gis klare anbefalinger om at forskningsfeltet må ha et mangfold av tilnærminger avhengig av de kliniske problemstillingene. Ved at en som følge av disse anbefalingene for eksempel anvender praksisforskning, vil kløften mellom forskning og praksis kunne reduseres.

- Elsa Jones (2003) hevder på sin side at den beste måten en kan bidra til brobygging mellom klinikk og forskning på, er å tydeliggjøre og anerkjenne de aktuelle forskjellene som eksisterer. Pinosof et al. (2000) foreslår i likhet med Gullestad (2001) og Larner (2004) at det bør skje endringer i definisjoner av kriterier, begreper og typer forskningsdesign, noe som vil kunne myke opp premissene for forskning. Fra å forstå begrepene "evidens" og "empiri" svært snevert, definert ut fra RCT som gullstandard i

forskningen, foreslås det at disse begrepene bør forstås i en videre betydning.

- Gullestad (2001) definerer for eksempel begrepet "evidens" som "en livslang selvlæringsprosess der behandleren forsøker å fremskaffe den beste tilgjengelige evidens, enten denne er hentet fra forskning eller klinisk praksis" (s. 948). Klinisk skjønn blir her sett som en nødvendig bestanddel av evidens. Dette innebærer at en tar utgangspunkt i den erfaringsbaserte virksomhet/ praksis, og at empirisk etterprøving av denne kan danne vitenskap. Gullestad anbefaler også en videre definisjon av "empiri" i betydningen "erfaringsbasert", hvor for eksempel kliniske kasusstudier inkluderes. Torsteinsson (2000) støtter dette synet ved å hevde at vi som behandlere anvender en empirisk grunnholdning i vårt daglige arbeid som grunnlag for våre hypoteser, vurderinger og konklusjoner. Disse er både av kvantitativ og kvalitativ art uten at den ene utelukker den andre. Et eksempel på empiribasert praksis som har vært anvendt i flere år ved Familieavdelingen, Modum Bad, er ukentlige feedback-rutiner der klient og terapeut evaluerer både prosess, mål og midler i terapiprogresjonen (Tilden 2008). Ved at denne informasjonen deles i terapisituasjonen og dermed danner grunnlag for justering av både form og innhold i det terapeutiske samarbeidet, kan denne empirien bidra til at klient og terapeut blir forskere på egen prosess og progresjon (Pinsof & Chambers 2008). I tillegg kan data fra

disse tilbakemeldingene brukes i forskningsformål på gruppenivå. Innføring av slike feedback-rutiner vurderes å være helt i samsvar med den systemiske tenkningen om selvregulerende systemer basert på informasjon og feedback (Jones 1995).

- Gullestad (2001) viser til relativt like begreper for endringsmål som er lett å forveksle, og derfor er det viktig å differensiere disse for dermed å angi et bedre presisjonsnivå for hvordan behandlingen skal evalueres:
- ”Efficacy” – (effekt): det vil si om det kan dokumenteres ut fra eksperimentelle forskningsdesign (RCT) hvorvidt den aktuelle behandlingen har vært *virksom*.
- ”Effectiveness” – (effektivitet): det vil si om behandlingen har *virket i praksis*.
- ”Efficiency” – det vil si om behandlingen har *virket for denne aktuelle klienten*.
- Gullestad konkluderer med at en innen psykoterapiforskning i det videre bør prioritere studier av ”effektivitet” i betydningen ”klinisk virksomt”. Dette kan blant annet innebære studier av psykoterapeutiske prosesser slik disse finner sted i behandlingshverdagen (naturalistiske studier), klientenes opplevde tilfredshet med behandlingen, match mellom klient og terapeut, betydningen av terapeutens personlighet, inngående dialogstudier for å analysere kvaliteter i klient-terapeut-relasjonen samt analyser av

enkeltkasus knyttet til teori. Videre mener hun at kravene til konklusjon på forskning må tilpasses praksis, slik at en ikke søker konklusjoner ut fra idéen om definitive og absolutte lovmessigheter. Isteden kan en søke probabilistiske konklusjoner som innebærer å argumentere for en sannsynlighet når det gjelder tilskrivning av terapeutisk resultat.

- Barry Duncan (2004) anbefaler at forskningsfokus innen familiebehandling bør være å undersøke nytteverdien av feedback mellom klient og terapeut, hvilket innhold det er i denne, samt evaluere rutiner for gjennomføring av slik feedback. Siden det finnes lite sammenlignbar forskning, mener han at en kan definere normene for endring lokalt til egen kontekst og materiale, for eksempel ved å undersøke samme materiale før, under og etter behandling, eventuelt med etterundersøkelse for å vurdere behandlingsutbytte og brukertilfredshet.
- Kvalitative design vil også passe til disse rådene, og de kan være lettere å implementere i behandlingsarbeid fordi metodikken blir mindre fremmed enn hva som er tilfellet med kvantitative design. En fordel med kvalitative design er at data som forskeren samler inn kan ha umiddelbar relevans for praksis. Forskningsinformasjon kan dermed deles med behandleren i tillegg til at forskningsprosessen overfor klienten også kan inngå som del av den terapeutiske prosessen. En ulempe kan imidlertid være at forskeren

konkurrerer med terapeuten om klientens oppmerksomhet, med den risiko at klienten heller vil foretrekke å snakke med forskeren enn klinikerne. Dette illustrerer hvordan kvalitativ forskning i sin metodikk er mer praksisnær og kan gi større umiddelbar nytte inn i behandlingsarbeidet enn hva muligheten er for kvantitativ forskning. Unntaket er der kvantitativ forskning anvender instrumenter som både klinikerne og klientene finner nyttige i kartlegging av problemområder, mål for endring og evaluering av behandlingsprogresjonen, og at disse samtidig utgjør de verktøy behandlingsenheten trenger for kvalitetssikring og dokumentasjon. Som eksempel kan en anvende spørreskjema som er mye brukt innen mestringsforskningen og som kan være direkte anvendbare i praktisk arbeid. Videre er det blitt mer vanlig i forskning innen samfunnsfag å anvende design som implementerer både kvalitative og kvantitative metoder. Ofte er forskeren da pragmatisk til hvordan forskningsspørsmålene best kan besvares, og hvor en kombinasjon av begge metoder blir sett som det mest nyttige.

- Vårt råd er at familieforskning vil få størst mulig støtte og lojalitet i organisasjonen dersom de aktuelle arbeidsmåtene, for eksempel bruk av spørreskjema, gir nyttig informasjon som kan anvendes umiddelbart og underveis i vurdering, feedback og behandling av klientene, i tillegg til å gi pålitelige og gyldige data til forskeren. En vil finne flere gode råd om tilrettelegging av forskningsmessig evaluering

av behandlingsprogrammer i beskrivelsen av designet ”Program Evaluation” (Posovac & Carey 1992).

- Empirisk kunnskap impliserer både erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap. Gullestad (2001) foreslår å inkludere den erfaringsbaserte forståelsen i forskningsfeltet, samtidig som vi foreslår å inkludere forskningsbasert kunnskap i terapifeltet. På denne måten blir empiribegrepet utvidet i begge fagfelt. Dette er ”å ta empirien på alvor”.
- **Avslutning**
- Dersom en ønsker å etablere forskning i klinisk praksis, er det utvilsomt verdifullt om dette baseres på et samarbeid med etablerte forskere og forskningsmiljøer. I så måte er faglig nettverksbygging av stor betydning. Erkjennelsen av at det er behov for å styrke kommunikasjon og samarbeid mellom forskere og klinikere innenfor hele familiefeltet, var utgangspunktet da vi for fem år siden tok initiativ til å danne Forum for Familieforskning (FFF, se www.bufetat.no). Dette er et uformelt nettverk av forskere, klinikere og fagfolk som er opptatt av familierelatert forskning. Forumet er en møteplass for forskjellig vitenskapssyn, teorier og metodologiske framgangsmåter, noe som kan utfordre til utviklingen av alternative eller sammensatte diskurser eller ”sammensmelting av ulike meningshorisonter” (Bernstein 1991; Gadamer 1984).