

Utfordringer ved evidensbasert praksis,
hvordan kan terapeutiske fellesfaktorer være
til hjelp?

Kandidatnummer: 501

Bacheloroppgave
Eksamenskode: CBVU300

Høgskolen i Oslo, Avdeling for samfunnsfag, Barnevernspedagogutdanningen.

1. Innledning.....	3
1.1 Inspirasjon.....	3
1.2 Motivasjon.....	3
1.3 Dagens situasjon.....	4
1.4 Presentasjon av problemstilling.....	5
2. Eksperimentell miljøterapeutisk kontekst.....	6
2.1 Kontekst for besvarelsen og oppgavens oppbygning.....	6
2.2 Begrunnelse for valg av bakgrunnsstoff.....	7
2.3 Hvilken miljøterapi?.....	7
3. Evidensbasert forskning og praksis.....	8
3.1 Behovet for evidens.....	8
3.2 Historisk og samfunnsmessig bakgrunn.....	9
3.3 Samfunnsøkonomisk bakgrunn.....	10
3.4 Hva er en metode?.....	11
3.5 Hvordan fremskaffes evidens?.....	11
3.6 Vitenskapsteoretisk tilknytning.....	12
4. Kritiske innvendinger mot fremskaffelsen og anvendelsen av vitenskaplig evidens.....	13
4.1 Diagnostisering.....	13
4.2 Overforenkling.....	14
4.3 Implikasjoner for praksis – Objektivisering og manglende brukermedvirkning.....	14
4.4 Manglende dokumentasjon på differensiert effekt.....	15
5. Utfordringer som kan følge av fokus på evidensbaserte metoder.....	15
5.1 Utfordringer knyttet til diagnostisering.....	16
5.1.1 Drøftingseksempel 1:.....	16
5.2 Utfordring knyttet til objektivisering.....	17
5.2.1 Drøftingseksempel 2.....	18
6. Terapeutiske fellesfaktorer.....	20
6.1 Tidlige antydninger av terapeutiske fellesfaktorer – Saul Rosenzweig.....	20
6.2 Den videre utviklingen og empirien bak fellesfaktorene.....	21
6.3 Vitenskapsteoretisk forankring.....	22
7. Hvordan kan kunnskap om terapeutiske fellesfaktorer være til hjelp?.....	23
7.1 Klientfaktorer og utenomterapeutiske faktorer.....	24
7.1.1 Drøfting – Kunnskap om klientfaktorer og utenomterapeutiske fellesfaktorer.....	24
7.2 Faktorer knyttet til den terapeutiske alliansen.....	25
7.2.1 Drøfting – Kunnskap om faktorer knyttet til den terapeutiske alliansen.....	26
7.3 Mulige utfordringer ved for sterkt fokus på klientens perspektiv.....	26
8. Oppsummering og Avslutning.....	27

1. Innledning

1.1 Inspirasjon

Da jeg hadde mitt siste års praksisperiode på Østbyttet behandlingssenter høsten 2009, var jeg på et seminar med den amerikanske psykologen Barry L. Duncan. Under dette seminaret ga Duncan innblikk i sin måte å forstå terapi og hvordan han mener terapi virker. Han har, basert på forskning om såkalte fellesfaktorer, valgt å legge disse til grunn i sitt arbeid. Denne forskningen viser blant annet at utenomterapeutiske forhold, den terapeutiske relasjonen og forventninger/placebo utgjør 85 % av faktorene som forutbestemmer positiv forandring. De resterende 15 % utgjøres av behandlingsmetode eller teknikk (Michael J. Lambert 1992, sitert i Asay og Lambert 1999, 30-31). Han lar derfor valg av metode eller teknikk være et ikke uviktig, men underordnet tema i møte med hver enkelt pasient. I stedet oppfordret han til å la klientens egen oppfatning om sin situasjon, samt egne tanker og ideer til løsninger, være styrende for valg av samarbeidsform mellom terapeut og klient. Jeg ble inspirert av dette seminaret og forsøkte i ettertiden å ta konsekvens av noe av denne kunnskapen i min praksis. Jeg skrev i praksisoppgaven om konkrete situasjoner jeg opplevde på institusjonen, som jeg mente belyste denne innfallsvinkelen. Da jeg returnerte til skolen etter nyttår, med seminaret og praksis friskt i minnet, gikk vi inn i en forelesningsbolk med blant annet fokus på evidensbasert praksis. Evidensbasering er en måte å utforme praksis på, som er basert på en annen vitenskapelig forståelse av hva som er virksomt i terapi. Under disse forelesningene merket jeg at min oppfatning, var i utakt med inntrykket jeg fikk av forelesninger og diskusjoner. Til en viss, men i mine øyne for liten grad, ble det rettet et kritisk blikk på hvordan evidensen bak metodene var anbrakt, og videre hvordan de blir tatt i bruk. Samtidig ble den ovenfor nevnte forskningen, som kunne utgjort en naturlig motvekt til de evidensbaserte metodenes påberopte suverenitet, ikke formidlet. Her må det presiseres at dette er min subjektive opplevelse, men jeg ble likevel gjennom denne perioden inspirert til å skrive en bacheloroppgave om fellesfaktorer i terapeutisk arbeid.

1.2 Motivasjon

Jeg legger til grunn en oppfatning om at de fleste som arbeider med å hjelpe mennesker med deres forandring gjennom ulike former for sosialt arbeid, i denne forbindelse miljøterapi, søker å gjøre dette basert på kunnskap om hva som er mest virkningsfullt. Fra flere perspektiv kan dette være særdeles viktig for den enkelte utøver; man vil gjerne vite at man virkelig kan hjelpe i møte med klienter som mer eller mindre frivillig kommer til en for hjelp. I møte med

yrkeshverdagen vil man da blant annet måtte støtte seg til kunnskap man har tilegnet seg gjennom utdanning, men også gjennom hva som formidles via andre kanaler som fagtidsskrifter, seminarer, rådgivninger eller veiledning. Slik kan man holde seg informert om hva som er den beste måten å møte og forsøke å hjelpe de menneskene man kommer i kontakt med. I denne sammenhengen er det etter mitt syn vesentlig at kunnskapen man bærer med seg, eller blir formidlet underveis, er praktisk anvendelig, gir rom for autonomi og bidrar til legitimering. Legitimering i den forstand at den har rot i forskning om hva som er til hjelp for mennesker med behov for endring. Jeg ønsker at den enkelte utøver skal kunne finne trygghet for sin profesjonelle legitimitet, autonomi og etiske integritet i det daglige arbeidet, basert på et nyansert bilde av hva som er forskningsbasert praksis. Oppgaven kommer til å fokusere på en kunnskapskonflikt som foregår innen flere fagfelt. Blant annet kan konflikten ses innen barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien (Grimen og Terum 2009, 5-16). Denne konflikten kan ses som en trussel mot de nevnte interessene hos den enkelte. Ikke fordi de ulike aktørene i konflikten søker å true disse interessene, men fordi gapet mellom den praksis som utøves i direkte terapeutiske situasjoner og de idealene som presenteres som beste behandling kan bidra til å svekke de nevnte interessene. Innenfor rammene for denne oppgaven finner jeg det for omfattende å skulle drøfte alle disse interessene, og fokuset i drøftingen vil rettes mot praktiske implikasjoner og legitimitet. Med legitimiteten følger imidlertid også et etisk aspekt. I *yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere* (2002) knyttes legitimitet og etikk sammen i punkt 2.2. under overskriften *Individuelt ansvar*, hvor det står: *..forpliktet til å holde et høyt faglig nivå. Dette gjelder faglig kunnskap, etisk refleksjon og kvaliteten i det daglige arbeidet.* Å kontinuerlig vurdere om den miljøterapeutiske behandlingen man driver kommer klienten effektivt til gode, kan sies å være et etisk ansvar samtidig som det er viktig for legitimering. Etisk i den forstand at det handler om hvordan ens handlinger påvirker klientens liv. Drøftingen vil ta utgangspunkt i barnevernspedagogen i en miljøterapeutisk kontekst, og i sitt ytterste ledd hvordan den nevnte kunnskapskonflikten kan ende opp i personalets håndtering av direkte situasjoner med barn og unge i det daglige. Konflikten går ut på hvilke forhold ved det terapeutiske arbeidet som virker positivt endrende for den unge man forsøker å hjelpe, og motivasjonen for oppgaven er å bidra til et nyansert svar på dette spørsmålet.

1.3 Dagens situasjon

I skrivende stund kan man finne flere tegn til at såkalt evidensbasert praksis har fått en sterk posisjon innen flere fagfelt, blant annet innfor barnevernet og i barne- og ungdomspsykiatrien.

Blant annet er Norge det landet i Norden som i størst grad har forankret evidensbaserte metoder i barnevernssystemet. Særlig gjelder dette ovenfor ungdom med atferdsvansker. Som et ledd i reformeringen av barnevernet har man blant annet opprettet atfredsenteret, som har til hovedoppgave å drive forskning, evaluering og utvikling av nye metoder for behandling av unge med atferdsvansker. Atferdssenteret ble opprettet som et resultat av en fem års prøveperiode med implementering av Multisystemisk Terapi (MST) og Parental Management Training Oregon (PMTO) i norske kommuner. Begge disse er eksempler på såkalte evidensbaserte metoder. Senteret eies av Universitetet i Oslo via et datterselskap og driften av senteret er statlig finansiert (Tore Andreassen 2005). Pr i dag tilbyr senteret materiell og opplæring i seks forskjellige evidensbaserte metoder til tjenesteytere innen skole og barnevern (Adferdssenterets egen hjemmeside)¹. Selv om utviklingen av evidensbaserte metoder innen miljøterapi ved atferdssenteret bare er i startfasen, ligger det i dette fokuset fra statlig hold en implisitt oppfatning av at arbeid som ikke oppfyller disse kravene til evidens ikke er like legitimt. I et intervju under overskriften *Hjelp som virker!* siterer Ellen Berg Svennes (2007)² atferdssenterets forskningsdirektør Terje Ogden: ”Atferdssenteret legger vekt på evidens (dokumentasjon), fordi det har vært bekymring for at mange barn og unge med alvorlige atferdsvansker ikke får effektiv hjelp.” Når det gjelder forankringen innen barne- og ungdomspsykiatrien har sentralstyret i Norsk Psykologforening i 2007 vedtatt en prinsipperklæring om evidensbasert praksis, under definisjonen: ”Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.”³ Disse forankringene det her vises til sørger for et visst press på praksisfeltet til å etterleve metodeutviklingen. Det er i møte med dette implisitte budskapet at denne oppgaven søker et ballansert fokus for legitimering av praksis.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Oppgaven vil på bakgrunn av inspirasjon, motivasjon og vurdering av dagens situasjon, drøfte hvordan en miljøterapeut kan påvirkes i det daglige av de føringer som følger av det sterke fokuset på evidensbaserte metoder. Basert på teori og forskning om såkalte terapeutiske

¹ <http://www.atferdssenteret.no/metoder/category111.html> (besøkt 13.04.10)

² intervju i nettmagasinet Familia 2/2007 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/kampanjer/familia/familia-22007/diverse-saker/hjelp-som-virker.html?id=536641> besøkt 27.04.2010

³ <http://www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Fag/Evidensbasert-praksis/Prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2> besøkt 13.04.10

fellesfaktorer vil oppgaven også gi eksempler på hvordan man kan praktisere miljøterapeutisk arbeid med et annet hovedfokus enn hva angår selve metoden, og fortsatt kunne forsvare sin praksis i forhold til legitimitet. Problemstillingen formuleres slik:

Hvilke utfordringer kan oppstå i en miljøterapeutisk hverdag som følge av sterkt fokus på evidensbaserte metoder, og hvordan kan kunnskap om terapeutiske fellesfaktorer være til hjelp og bidra til legitimering av praksis?

2. Eksperimentell miljøterapeutisk kontekst

2.1 Kontekst for besvarelsen og oppgavens oppbygning

Kontekst for oppgaven er miljøterapeutisk arbeid i en barne- og ungdomspsykiatrisk døgninstitusjon. Den er eksperimentell i den forstand at eksemplene som legges til grunn for drøfting tar utgangspunkt i en kombinasjon av eksisterende forhold (målgruppe, institusjonstilbudets utforming, personalsammensetning), egne erfaringer (konkrete miljøterapeutiske møter med barna) og en fremtidsvisjon preget av sterkt fokus på evidensbaserte metoder. Målgruppen er barn og unge med ulike psykologiske vansker, som blir henvist fordi andre instanser ikke evner å utrede eller hjelpe dem. Tilbudet består av en kombinasjon av miljøterapi og individuell psykoterapeutisk behandling. Personalet utgjøres blant annet av barnevernspedagoger, sosionomer, psykologer, sykepleiere og ufaglærte. Eksemplene er omskrivninger av reelle historier basert på egne erfaringer. Nødvendigheten av å integrere en fremtidsvisjon, slik nevnt, begrunnes med at egne erfaringer ikke i tilstrekkelig grad gir grunnlag for å drøfte problemstillingen. Fremtidsvisjonen kan også begrunnes i lys av et økende fokus på evidensbasert praksis, en utvikling som synes å støttes av økende formell forankring slik nevnt ovenfor. Denne påstanden vil bli underbygget senere i oppgaven. Eksemplene vil bli formulert ut fra terapeuten(e)s synsvinkel. For at problemstillingen skal kunne la seg drøfte er det nødvendig med en grundigere presentasjon av de to nevnte tilnærmingene, evidensbasert praksis og terapeutiske fellesfaktorer. Deres respektive historie, samfunnsmessige kontekst, vitenskapsteoretiske orientering og empiriske grunnlag vil bli presentert henholdsvis i kapittel 3 og 6. Når det gjelder evidensbasert praksis vil det, i tråd med problemstillingen, være naturlig å presentere kritiske innvendinger som følger av debatten om denne måten å utøve, forstå og vektlegge vitenskaplig forskning på. Denne kritikken vil bli presentert i kapittel 4. Drøftingseksemplene i forhold til problemstillingens første spørsmål vil så følge i kapittel 5. Når det gjelder problemstillingens andre spørsmål, om

hvordan terapeutiske fellesfaktorer kan være til hjelp, vil dette drøftes i kapittel 7 ut fra de samme eksemplene.

2.2 Begrunnelse for valg av bakgrunnsstoff

Denne oppgavens bakgrunnsstoff er hovedsakelig hentet fra psykoterapien i USA. Dette har flere årsaker. I Norge har debatten omkring temaet evidensbasert praksis vært langt mindre og kortere enn i USA (Jorunn Vindegg 2009, 63-65). Dette kan både komme av at vi bor i et langt mindre land, og at vi ikke har hatt en like utstrakt konflikt mellom psykologi og psykiatri som i USA. Elisabeth Backe-Hansen (2009, 14), som selv retter et kritisk blikk mot evidensbasert forskning og praksis, hevder at den norske debatten har relativt få deltakere. Om disse skriver hun at de har kritisert evidensbevegelsen som *nypositivistisk* og *reduksjonistisk*, at den truer utøvernes autonomi og bidrar til objektivering av klienter og pasienter. Den viktigste årsaken til å vie interesse til amerikanske forhold imidlertid er at debatten i USA også preges av deltakere som har valgt å rette fokus mot terapeutiske fellesfaktorer. Ettersom forskningen omkring terapeutiske fellesfaktorer har sitt utspring i den amerikanske debatten om evidensbasert praksis, samt at Norge synes å mangle fagmiljø som arbeider etter tilsvarende orientering, ble dette en naturlig vinkling. For å kunne begrunne det psykologisk baserte bakgrunnsstoffets relevans for drøftingen av problemstillingen i en miljøterapeutisk kontekst, er det nødvendig å se nærmere på begrepet miljøterapi. I en gjennomgang av miljøterapiens historie viser Erik Grønvold (2000, 97-122) hvordan utviklingen hovedsakelig har blitt drevet frem av teoretiske og ideologiske omveltninger innen psykologien. Innledningsvis skriver han:

..at miljøterapi er en faglig orientering som legger vekt på psykologiske og sosiale perspektiver ... at psykologer har stått sentralt som faglige leverandører i det miljøterapeutiske fagfeltet, for eksempel gjennom sine posisjoner som faglige ledere og veiledere ved institusjonene. (Grønvold 2000, 98)

Dette kan gi grunnlag til å anta at det også i den fremtidige utviklingen vil være slik at det faglige grunnlaget for miljøterapi vil kunne komme fra psykologisk hold, særlig innenfor psykiatrien. Dette igjen taler til inntekt for at den eksperimentelle konteksten og den nevnte fremtidsvisjonen baseres på utviklingen innen psykologifaget.

2.3 Hvilken miljøterapi?

Det er også nødvendig for drøftingen å avklare hvilken miljøterapeutisk tilnærming som ligger til grunn, hvilken rolle miljøterapeuten fyller i denne tilnærmingen og hvilke ansvar

som følger med rollen. Ulike teoretiske tilnærminger til miljøterapi gir ulike rollebeskrivelser. En utbredt tilnærming i Norsk miljøterapi er den psykodynamiske (Erik Larsen 2004, 15; Inge-Ernald Simonsen 2007, 1341). Innenfor den psykodynamiske miljøterapien ses miljøterapeutens rolle blant annet som en del av den miljøterapeutiske strukturen og systemet. Her ses klientens møte med miljøet i seg selv som behandlende. Miljøterapeuten skal bidra til å opprettholde strukturen ved å romme klientenes angst og forvirring (Larsen 2004, 69-81). En annen tilnærming som ble introdusert tidlig på 1980-tallet er kognitiv miljøterapi (J. H. Wright m.fl. sitert i Simonsen 2007, 1341). Innenfor kognitiv psykoterapi legger man til grunn at alle følelsesmessige problemer følges av tankeprosesser (A. T. Beck, 1967; 1976, sitert i Simonsen 2007, 1341). Med bakgrunn i dette kan man sammen med klienten, ved hjelp av objektive eller logiske analyser, omstrukturere negative tanker (M. L. Free 2007; Padesky og Greenberger 1995, sitert i Simonsen 2007, 1341). Overført til miljøterapi skriver Simonsen: *"Kognitiv miljøterapi handler ikke om å konfrontere én sannhet med en annen, men å erfare at det finnes flere sannheter"* (Simonsen 2007, 1342). Miljøterapeutens rolle her går ut på å ta del i den kognitive bearbeidelsen av de erfaringene som klienten gjør seg i møte med planlagte aktiviteter og dagligdagse tilfeldige hendelser. Videre om denne tilnærmingen skriver Simonsen at utviklingen preges av et økende antall *lidelsesspesifikke kognitive behandlingsmodeller* (A. Wells 1997, sitert i Simonsen 2007, 1342) *med blant annet identifisering av ulike skjemaer og modultilstander* (Young, Klosko og Weishaar 2003 sitert i Simonsen 2007, 1342). Det er innenfor en langt fremskreden utgave av denne tilnærmingen at oppgavens kontekst befinner seg. Miljøterapeutens rolle inkluderer i denne konteksten flere psykologiorienterte oppgaver i tillegg til de tradisjonelle organisatoriske, strukturelle og relasjonelle oppgavene. Med psykologiorienterte oppgaver menes utredning i samarbeid med psykologen og pasienten. Dette utføres i tråd med spesifiserte diagnosekrav, søk i evidensdatabaser etter beste tilgjengelige behandlingsmetode, samt utforming av behandlingsopplegget med inkludering av erfaringsbasert kunnskap og pasientens verdier. Denne oppgavebeskrivelsen kan ses i sammenheng med en vid definisjon av evidensbasert praksis som vil bli gjort rede for i kapittel 3.4.

3. Evidensbasert forskning og praksis

3.1 Behovet for evidens

Blant flere av de som kritiserer forskningsmetodene og utviklingen bak begrepet evidensbasert praksis som det refereres til i denne oppgaven, synes det å være enighet om

nødvendigheten av at medisinsk, psykologisk og sosialpedagogisk praksis kan vise til et empirisk grunnlag. Dette begrunnes ut ifra legitimitetshensyn, profesjonsinteresser og etiske hensyn (Backe-Hansen 2009 11-14; Tor-Johan Ekeland 1999; 2009, 1036; Edgar Martinsen 2004, 298). Ekeland skiller imidlertid mellom empirisk forskning for å evaluere praksis, og empirisk forskning som styrende grunnlag for praksis (Ekeland 1999, 1036-1037). Heller ikke forkjemperne og forskerne som fokuserer på terapeutiske fellesfaktorer er uenig i viktigheten av et vitenskaplig grunnlag. Det omfattende arbeidet som ligger bak kartleggingen av disse fellesfaktorene, i form av store systematiske litteraturgjennomganger og meta-analyser basert på data fra hundrevis av effektstudier, viser i seg selv en sterk interesse for å finne vitenskaplig grunnlag for praksis (Hubble, Duncan og Miller 1999). Når det gjelder det økende fokuset på såkalt evidensbasert praksis ses imidlertid behovet for vitenskapliggjøring ofte i sammenheng med historiske og samfunnsmessige forhold som vil bli belyst i de påfølgende kapitlene.

3.2 Historisk og samfunnsmessig bakgrunn

Dersom man skriver ”evidence based” i søkefeltet på google, vil man få en hel rekke forslag til søkealternativer, deriblant evidence based nursing, librarianship, dentistry og design. Dette tegner et bilde av et uttrykk som brukes i vid forstand. Terapeutisk arbeid har i løpet av vel hundre år beveget seg fra å være hovedsakelig teoridrevet til i økende å grad søke empirisk støtte for sine intervensjoner. Den foreløpig siste etappen på denne reisen mot vitenskaplighet heter altså evidensbasert praksis (EBP). Her følger noen korte utdrag av historien og den samfunnsmessige konteksten bak EBP, hvorav noe er hentet fra Norge, men hovedvekten fra amerikanske forhold. Ifølge Michael Helge Rønnestad har utviklingen av psykologifaget i Norge fra starten av hatt en dreining mot en medisinsk vitenskaplig retning. Dette sporer han tilbake til Harald Schelderup som ses på som den mest sentrale skikkelsen i fagets tidlige utvikling i Norge. Schelderup var utdannet psykoanalytiker fra Tyskland og ble den første norske professor i psykologi ved Universitetet i Oslo i 1922. Schelderup holdt ifølge Rønnestad *Den vitenskaplige fane høyt* (Rønnestad 2009, 46), og argumenterte for at psykologiutdanningen heller skulle utformes i likhet med legeutdanningen enn med lærerutdanningen. Rønnestad trekker paralleller til utviklingen i USA, hvor psykologiens historie hele tiden har vært preget av konflikt med medisinen. Han mener norsk psykologi *i betydelig grad* er påvirket av utviklingen i amerikansk psykologi, når det gjelder blant annet forholdet til evidensbasert praksis (Rønnestad 2009, 47). En viktig hendelse for den medisinske forankringen, og en dreining mot evidensbasert praksis innenfor psykologien i

USA, foregikk på den såkalte *Boulder Conference* i 1947, hvor prinsippene for den amerikanske psykologutdanningen ble bestemt basert på en medisinsk språkbruk, og hvor psykologiske problemer ble betegnet som sykdom. Videre spores utviklingen til et lovvedtak som ga psykologer etterlengtet lik status med psykiatere med mulighet for offentlig støtte, dersom man kunne vise til at man behandlet spesifiserte diagnoser. Det offentlige i USA, representert ved National Institute of Mental Health (NIMH), dreide på midten av 1980-tallet utviklingen i ytterligere medisinsk retning, ved å angi såkalte Randomized Controll Trials (RCT) som eneste godkjente forskningsdesign ved tildeling av forskningsmidler innen mental helse (Duncan, Miller og Sparks 2004, 21-22). Etersom dette forskningsdesignet er et sentralt kriterium innen evidensbevegelsen, vil en nærmere beskrivelse bli gitt i kapittel 3.5.

3.3 Samfunnsøkonomisk bakgrunn

Historien i USA gir også anledning til å se fremveksten av evidensbaserte modeller i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Fra 1960-tallet til 1996 økte antallet tilgjengelige behandlingsmodeller med omtrent 600 % (Scott D. Miller m.fl. 1996 sitert i Hubble, Duncan og Miller 1999, 3). Det anslåes at det finnes omtrent 200 modeller med mer enn 400 tilhørende teknikker (Garfield og Bergin, 1994 sitert i Hubble, Duncan og Miller 1999, 3). Den store veksten i antall behandlingsformer, som hver for seg hevdet spesifikke effekter for spesifikke problemer eller diagnoser, settes i sammenheng med den store økningen i antall psykologer, psykiatere og andre hjelpere. Fra midten av 80 tallet har det i USA vært en økning på 275 % i antall profesjonsutøvere innen mental helse som kjemper om bevilgede midler og klienters tillit. (Hubble, Duncan og Miller 1999, 1-3) I et marked så spekket med tilbud, kan man anta at enhver etikett som fremhever kvalitet og pålitelighet vil være ettersøkt, og det er blant annet i denne sammenheng begrepet *evidensbasert* har fått sin vide utbredelse. Det økonomiske aspektet ved innføringen av evidensbegrepet støttes av Ekeland (1999, 1039-1040), som viser til hegemonikamp mellom psykologien og psykiatrien med tydelige økonomiske dimensjoner. De økonomiske premissene for terapeutisk praksis styres i stor grad av de bevilgende myndigheter, som ønsker å sikre best mulig utbytte av sine investeringer på helse og sosialfeltet. Dette søker de gjerne å gjøre ved å alliere seg med vitenskapen for å frembringe ”bevis” for effektiviteten ved de tiltak man velger å finansiere (Vindeng 2009, 63-68; Marthinsen 2004, 295). I en større sammenheng kan dette igjen ses som et resultat av at et økende antall velferdsstater i ulik grad implementerer såkalt *New Public Management*, hvor fokus på utbytte i forhold til kostnad av ulike velferdstiltak er en sentral ingrediens (Foss Hansen og Rieper 2009, 32; Vindegg 2009, 65; Backe-Hansen 2009, 13).

3.4 Hva er en metode?

Når man skal omsette vitenskapelig evidens til praksis brukes ofte uttrykket *evidensbasert metode*. I den sammenheng er det nødvendig å se nærmere på hva som menes med begrepet metode. En mulig definisjon kan være *velordnet, systematisk fremgangsmåte* (H. Bartlett 1958, sitert i Schelderup m.fl. 2005, 39) Man snakker altså om at måten arbeidet blir utført på ikke er tilfeldig. Noen krav som kan stilles for å kunne kalle en fremgangsmåte en metode er *formålstjenlighet, systematikk og planlegging*. Et videre krav som kan stilles er at fremgangsmåten skal være så strukturert at den er mulig å reprodusere i møte med flere klienter (Bergmark og Lundstrøm 2002, sitert i Schelderup m.fl. 2005, 39). Et annet begrep som ofte blir brukt i forbindelse med metodebegrepet er manualisering. Ifølge Ekeland (1999, 1041; 2004, 43) oppsto denne måten å regulere terapisisuasjonen på etter et behov for å kontrollere varians i forskningssituasjonen. Det ble hevdet at mangelen på påvisbar forskjell mellom ulike metoder skyldtes at de ikke var spesifikke nok, og at man derfor trengte redskap for å ytterligere spesifisere terapiforløpene som utgjorde grunnlaget for studiene. Ettersom studiene i økende grad ble utført ved bruk av manualer ble det også gjort til et ideal å benytte manualer når metoden skulle implementeres i praksis, slik at man i størst mulig grad kunne legitimere praksis i vitenskaplig evidens.

3.5 Hvordan fremskaffes evidens?

Hvordan evidens fremskaffes er avhengig av hvordan man definerer begrepet evidensbasert praksis. Backe-Hansen (2009, 5) snakker om *vide* og *snevre* definisjoner av hva som ligger i begrepet. Definisjonene skiller seg gjerne blant annet i hvor stort rom de gir til integrering av *erfaringsbasert kunnskap, etiske overveielser og kontekstualisering* hos utøveren. Ulike organisasjoner og institusjoner benytter seg av ulike definisjoner av begrepet evidensbasert når de driver forskning og metodeutvikling. Hvordan man fremskaffer evidens vil derfor variere avhengig av definisjon. Som nevnt tidligere er atferdssenteret den institusjonen som i størst utstrekning arbeider for et evidensbasert barnevern i Norge. Kriteriene som atferdssenteret, så vel som fagutviklere i andre lander stiller, er ofte rangert hierarkisk ut ifra hva som anses som beste evidens. Et sentralt kriterium som troner øverst i de fleste forskningshierarkier, inkludert det norske atferdssenterets, er de tidligere nevnte Randomized Controll Trials (RCT) (Marthinsen 2004, 293). Av Bjørn Øystein Angel (2003, 67) blir denne privilegerte stillingen betegnet som et *Modellmonopol*. Innen medisin ble dette forskningsdesignet innført for å teste virkningen av spesifikke medisinske virkestoffer på like spesifikke biologiske sykdomstilstander eller symptomer. Resultatene fra behandling av en

randomisert testgruppe blir kontrollert mot resultatene hos en gruppe som mottar placebo og en gruppe som mottar ”vanlig” behandling (Duncan, Miller og Sparks 2004, 40). Overført til forskning i en terapeutisk kontekst forsøker man å gjøre det samme, altså skille ut den spesifikke intervensjonen ved behandlingsmetoden man forsker på, for så teste den på en like spesifikk lidelse (Backe-Hansen 2009, 6). For å kunne gjøre dette er man avhengig av en manualisering av terapiforløpet, for å sikre at hele forsøksgruppen mottar ”virkestoffet” uforhildet av andre påvirkninger (Ekeland 1999, 1041). I følge kravene til NIMH må en behandlingsmetode vise seg som mer effektiv enn placebo og annen behandling i minst to uavhengige studier for å kunne kalle seg evidensbasert (Duncan, Miller og Sparks 2004, 39-41). Enkelte definisjoner av evidensbasering er såpass snevre at de holder RCT som det eneste tilstrekkelig pålitelige design, samtidig som de ekskluderer erfaringsbasert kunnskap, etiske avveielser og kontekstualisering. Innen sosialt arbeid er det imidlertid vanlig med en videre definisjon. Noe av årsaken til dette er at man i møte med den praktiske hverdagen raskt innser at man uansett ikke kommer utenom disse faktorene (Backe-Hansen 2009, 5-6). Et eksempel på en slik vid definisjon er: *Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.* Dette er en oversettelse som Norsk Psykologforening har gjort av den amerikanske psykologforeningens (APA) prinsipperklæring. Den ble vedtatt som prinsipperklæring for den norske foreningen av sentralstyret i januar 2007⁴. Selv om denne definisjonen gir rom for erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning, sier den ingenting om styrkeforholdet mellom verdiene som nevnes. Etter som den *beste forskningsevidens* er under stadig utvikling, legges det her også et press på utøveren om å kontinuerlig orientere og oppdatere seg (Backe-Hansen 2009, 14).

3.6 Vitenskapsteoretisk tilknytning

Diskusjonen om hva som er gyldig kunnskap strekker seg svært langt tilbake i tid og det er ikke hensiktsmessig å gjengi denne i sin helhet i denne oppgaven. Det er likevel nyttig å forsøke å se de to sentrale elementene i oppgaven (evidensbasert praksis og terapeutiske fellesfaktorer) i et vitenskapsteoretisk lys. Pål Chr. Brevig beskriver vitenskapsteori som *teori om vitenskap ... som kan beskrives som en metateori* (Brevig 1998, 18). I denne oppgavens sammenheng er vitenskapsteori først og fremst interessant i forbindelse med hvordan

⁴ <http://www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Fag/Evidensbasert-praksis/Prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2> besøkt 23.04.2010

evidensbasert praksis eller terapeutiske fellesfaktorer henter sine forskningmessige grunnlag, eller empiri, og hvordan dette legges til grunn for utforming av praksis. Når det gjelder evidensbasert praksis kan anvendelsen av RCT som forskningsdesign ses som et uttrykk for et positivistisk vitenskapsteoretisk perspektiv. (Ekeland 2009, 153). Positivism blir beskrevet som en bevegelse innen vitenskapen som søker å samordne all forskning og kunnskap ved hjelp av universelle enheter (Brevig 1998, 21-22; Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2008, 311-312). Dette gjenspeiler et ønske om å kunne generalisere kunnskap fra forskningskontekst til praktisk kontekst. I anvendelsen av RCT som grunnlag for utforming av praksis kan man se noe av det samme. En forsøkt intervensjon i en forskningskontekst, forventes å ha samme effekt generalisert til praktisk terapeutisk arbeid. Ut i fra dette kan det sies at evidensbasert praksis i snever forstand representerer den positivistiske vitenskapsteorien. Det er imidlertid, som tidligere nevnt, innenfor sosialt arbeid vanlig å anvende en videre definisjon av evidensbasert praksis, hvor man søker å integrere erfaringskunnskap og etiske avveininger.

4. Kritiske innvendinger mot fremskaffelsen og anvendelsen av vitenskaplig evidens

Kritikken mot fremmarsjen av evidensbasert praksis retter seg blant annet mot hvordan evidensen fremskaffes og hvordan den anvendes. Disse to elementene henger sammen, noe fortsettelsen vil forsøke å beskrive. Anskaffelsen av evidens foregår som nevnt hovedsaklig ved bruk av forskningsdesignet RCT, og dette kapitlet vil derfor hovedsaklig omhandle dette og ikke de andre kriteriene som inngår i ulike evidenshierarkier.

4.1 Diagnostisering

Utførelsen av RCT er som nevnt tidligere avhengig av å ha en klart avgrenset målgruppe med en spesifisert diagnostisert lidelse. Noe av kritikken mot RCT retter seg direkte mot dette behovet for diagnostisering. Problemet med dette er at en del forskning avdekker store svakheter ved påliteligheten, gyldigheten og nyttigheten ved diagnostisering av psykologiske lidelser (Duncan, Miller og Sparks 2004, 23-30). For at en diagnose skal være nyttig som verktøy til å finne riktig behandling må den være pålitelig. I en feltstudie av anvendelsen av DSM III (APA's diagnostiseringsverktøy fra 1980) delte Williams m.fl. (1992) inn spesielt trentede terapeuter i par, for så å se om de kom frem til sammenfallende diagnose for 600 pasienter med et vidt spekter av lidelser. Sammenfallende i denne sammenhengen ble bestemt til å gjelde alle treff innen samme *class of disorders* og ikke *specific type*. I praksis betydde

dette at dersom den ene terapeuten fant at pasienten led av *dystymic disorder* og *panic disorder*, og den andre fant at samme pasient led av *major depressive disorder* og *obsessive compulsive disorder*, ville dette betegnes som sammenfallende diagnose. Resultatene fra studien viste sammenfallenhet på .68 til .72 for samme *class of disorders* mellom de parede terapeutene. På *specific type* viste individuelle resultater så lav sammenfallenhet som .26 (Williams m.fl. 1992 sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 24) Problemene med diagnosenes pålitelighet får støtte også fra forkjemperne for diagnostisering og utviklerne av DSM-standarden. Disse verktøyene forsøkes derfor videreutviklet, samtidig som man senker kravene for tilstrekkelig pålitelighet (Duncan, Miller og Sparks 2004, 24). Ytterligere kritikk av diagnostisering av psykiske lidelser går løs på nytteverdien av dem. Det pekes på at slike diagnoser på ingen måte kan sies å sikre riktig behandling, eller på annen måte sørge for noen påvist økt sjanse for bedring (S. Garfield 1986, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 26).

4.2 Overforenkling

Et annet forhold ved RCT som er gjenstand for mye kritikk er behovet for å overse kompliserte sammensatte forhold ved terapisisuasjonen. Selv om en studie med dette designet forsøker å skille ut effekten av det spesifikke ved intervensjonen, er det lite sannsynlig at man lykkes med dette ettersom et stort antall andre virkningsfulle faktorer ikke lar seg fjerne. Eksempler på slike kan være forhold ved klienten, som for eksempel motivasjon, tro, forventning og forandringsevne. Et annet forhold, som vedrører forskeren/terapeuten, som kan oversettes med: *troskap til metoden* (egen oversettelse av *allegiance*) kan virke svekkende for troverdigheten ved RCT. Denne troskapseffekten gjør seg gjeldende ved blant annet økt innsatsvilje og tro på positivt utfall hos terapeuten. I flere komparative studier hvor man ser etter forskjellen i effektivitet mellom behandlingsformer, har resultatene kunnet vist utslag for en enkelt metode, for senere å bli tilbakevist når man kontrollerer for denne effekten (Lambert og Bergin 1994, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 42). Ekeland kritiserer også RCT for overforenkling ved å peke på at disse kun representerer statistisk bedring, eller en bedring for gjennomsnittet. Ettersom ingen pasienter representerer gjennomsnittet, kan ikke RCT si noe om hvordan metoden vil fungere på enkeltpasienter, ettersom gruppen utgjøres av både vellykkede og mislykkede behandlingsforsøk (Ekeland 2009, 158).

4.3 Implikasjoner for praksis – Objektivisering og manglende brukermedvirkning

Kritikken av evidensbasert praksis går også ut på hvordan den evidensbaserte kunnskapen skal omsettes i praksis. En evidensbasering av praksis krever en stor grad av systematikk for å

kartlegge symptomer som skal kunne gi grunnlag for å foreskrive evidensbaserte behandlingsmetoder. Angel (2003, 70) uttrykker bekymring for at et slikt fokus kan føre til at terapeuten objektiviserer klienten. Han referer til Hans Skjervheim, som i essayet *deltakar og tilskodar* (1996) beskriver objektivisering som et fenomen hvor behandleren blir tilskuer i stedet for en deltaker i klientens liv. Objektiveringen foregår ved at man ser klienten som en sum av sine tilstander, symptomer, handlinger og atferd. Dette fokuset vil kunne hindre terapeuten i å se klientens perspektiv, følelser og opplevelsesverden. Selv om de videre definisjonene av evidensbasert praksis, slik Backe-Hansen (2009, 5) beskriver, søker å inkludere pasientens verdier, kan man likevel se problemer ved evidensbasert praksis i forhold til brukermedvirkning. Dette problemet kommer av at definisjonen ikke sier noe om styrkeforholdet mellom begrepene (Backe-Hansen 2009, 12). Dersom en klient skal være medvirkende til utformingen av terapien og deler sine tanker om mulige forandringsteorier og samarbeidsformer, samtidig som terapeuten ut fra dette likevel er pliktet til å søke etter best mulig evidensbaserte terapimetode, kan man se for seg at disse to interessene kan stemme dårlig overens.

4.4 Manglende dokumentasjon på differensiert effekt

Fra miljøet som har forsket på fellesfaktorer fremholdes det at til tross for de enorme ressursene som har blitt brukt på komparative studier, i forsøk på å påvise ulikheter i effektivitet mellom bestemte metoder, finnes det fortsatt svært lite støtte for dette. Størsteparten av dataene fra nærmere 40 års komparative studier, som har blitt systematisk gjennomgått viser liten eller ingen forskjell (Bruce E. Wampold 2001, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 40).

5. utfordringer som kan følge av fokus på evidensbaserte metoder.

I dette kapitlet vil eksempler på miljøterapeutiske hverdagssituasjoner bli presentert. Formålet vil være å belyse utfordringer som kan oppstå ved et ubalansert syn på hva som er forskningsbasert eller evidensbasert praksis. Med ubalansert syn menes en klar vektlegging av såkalte evidensbaserte metoder i en slik grad at all praksis som faller utenom modell eller metode blir devaluert. Det er ikke oppgavens hensikt å påstå at en slik ubalanse er tilfellet i institusjoner generelt. Oppgavens hensikt er, som beskrevet i kapittel 2, å drøfte problemstillingen ut ifra en konstruert eksperimentell kontekst. Miljøterapeuten vil bli benevnt som MT og barnet som G i alle eksempler.

5.1 Utfordringer knyttet til diagnostisering

Det første eksemplet dreier seg om de diagnostiske kriteriene som legger grunnlaget for valg av behandlingsmetode, i tråd med kravene til evidensbasert praksis. Her kan det være nyttig å se på et enkelt barns inntak og oppstart ved institusjonen. Med barnet følger gjerne en mappe med rapporter og andre beskrivende dokumenter fra skole, PPT eller andre tidligere behandlende instanser. Likevel er det en viktig oppgave for institusjonen å gjøre egne utredninger og vurderinger av hva barnet trenger. Ofte tar dette arbeidet lang tid og barnet vil oppholde seg i institusjonsmiljøet sammen med ansatte og andre barn i betydelig tid uten at noen klar diagnose foreligger. I flere tilfeller vil en slik klar diagnose aldri være mulig å stille fordi ulike fagfolk gjør ulike vurderinger. Dette støttes av studien det ble vist til i kapittel 4.1 om manglende samstemthet. I sammenheng med dette behovet for diagnostisering oppstår det en rekke utfordringer for MT.

5.1.1 Drøftingseksempel 1:

Det ankommer en ny G til institusjonen som ikke har noen diagnose. G sliter med vegring, raserianfall, kroppslig urolighet og dårlig konsentrasjon. MT har masse tid til overs ettersom institusjon har en-til-en bemanning. MT har lest dokumentene med beskrivelser av de nevnte symptomene, men foreløpig ikke sett disse spille seg ut. G virker høflig, vennlig og normalt sjenert i møte med MT. En naturlig måte å innlede samhandlingen på kan være å invitere til en aktivitet med lave ferdighetskrav, og store muligheter for samtale. MT foreslår Ludo, men G vegrer. MT spør G om det er noen andre ting han kan tenke seg å gjøre og forteller litt om de mulighetene avdelingen har. G svarer høflig at det er flere av de nevnte tingene han liker, men at han ikke har lyst akkurat nå. Den første dagen forløper med korte tilløp til samtaler mellom MT og G gjennom det daglige opplegget, som består av blant annet middag, stilletime og samling. De nærmeste dagene ser MT tydelige tegn til vegringen som var nevnt i dokumentene. Noe fysisk uro begynner også å melde seg i møte med overgangssituasjoner. G kan da begynne å iherdig sprette en ball i stedet for å pusse tenner, eller hoppe i en sofa i stedet for å gå til bords ved måltid. På tross av disse milde symptomene fungerer G svært godt og det er vanskelig å se hva institusjonen kan ha å tilby gutten. Mulige diagnoser som kan knyttes til symptomene blir diskutert på morgenmøter i personalgruppen hvor også behandlingsansvarlige psykolog deltar. Det fremkommer forslag til hvordan man kan gå frem i aktuelle situasjoner basert på kognitiv miljøterapeutisk teori, i påvente av en mer spesifisert diagnose. Symptomene viser seg å være vanskelige å kategorisere og diagnostiseringen tar flere måneder. I denne perioden fra G ankom, har han og MT nærmere hundre timer samvær

med gutten uten å kunne vite hva slags diagnose det kan være snakk om. De har blitt mye bedre kjent, og har sammen funnet måter å løse utfordrende situasjoner på. Blant annet i forhold til vegringen har G selv klart å formulere seg i forhold til hva som skjer mentalt når det nærmer seg en planlagt aktivitet. Denne formuleringen har gjort det mulig for G og MT å utforske hvilke alternativer G har i møte med disse situasjonene. En utfordring som likevel melder seg i stadig større grad er Gs hjemlengsel og tretthet av å tilbringe så mye tid i et miljø sammen med til tider intense og krevende jevnaldrende gutter. MT ser på dette tidspunktet antydning til nytten av sitt arbeid med G, likevel sliter MT med tanken om legitimiteten i arbeidet sitt. Gutten har riktignok vist bedring på institusjonen, men i møte med hjemmet i helgene kommer ofte sinnet tilbake. Foreldrene har hørt om at institusjonsbehandling i større grad ønskes utført i tråd med evidensbasert praksis, og forventer svar på hvilken diagnose man kan stille og hvilken metode som anvendes ovenfor barnet deres.

Hvordan skal MT kunne legitimere sin praksis i møte med foreldrene dersom hans fokus ligger på den fortsatt manglende diagnosen? En mangel som har ført til at man inntil nå har basert miljøterapien på erfaringsbasert kunnskap, generell kognitiv miljøterapi og skjønn. Eksempelet illustrerer et forhold som er svært viktig i forhold til problemstillingen. Dette forholdet dreier seg om all den samhandlingen som foregår mellom miljøterapeuten og pasienten i tidsrommet hvor diagnosen og beste tilgjengelige evidensbaserte metode er uavklart. Det ligger til grunn for evidensbasert praksis uansett vid eller small definisjon at utredning i en eller annen form er nødvendig for å kunne finne tilveie best mulig tilgjengelige evidensbaserte metode. Slik utredning kan ta tid. Samtidig er det også slik, at man på tross av stadig utvikling av nye metoder for nye diagnostiske målgrupper, kan se for seg at noen klienter vil falle utenfor kriteriene for de evidensbaserte metodene man har tilgjengelig. Det er blant annet i dette ”rommet” hvor ting er uavklart, eller hvor klienter faller utenom diagnostiske kriterier at behovet for en alternativ legitimering av praksis er tydeligst.

5.2 Utfordring knyttet til objektivisering

Her vil den mulige utfordringen knyttet til objektivisering bli satt inn i oppgavens terapeutiske kontekst. En av farene ved objektivisering er at man kan gå glipp av eller overse viktig informasjon som klienten sitter på som kunne utgjort viktige bidrag i terapien. Dette eksemplet tar for seg personalets møter og samtaler omkring et av barna på avdelingen. I

eksemplet refereres det til et evidensbasert program for behandling av angstlidelser hos barn kalt FRIENDS (Poulsen og Sørensen 2008, 5)⁵.

5.2.1 Drøftingseksempel 2

G har inntak på avdelingen ved skolestart på høsten. Foreldrene er skilt og G bor hos mor med regelmessig samvær hos far. G har over tid trukket seg tilbake fra venner og skiftet skole grunnet mobbing. G har selvskadet ved et par anledninger, men det er lenge siden siste tilfelle. Det oppgis fra flere hold at G uttrykker dårlig selvtillit og lavt selvbilde. Inntaket starter ofte med det som kalles inntaksdøgn. Fredag kveld er avdelingen tom for andre barn for helgen, og nye barn får overnatte sammen med foreldre og søsken sammen med de to miljøterapeutene som blir barnets særkontakter. Under inntaksdøgnet observerer miljøterapeutene at G har svært lite samhandling med far. Far virker uinteressert i G, men svært begeistret for Gs lillebror. Under samtaler med G noen dager senere, utforsker en av miljøterapeutene forholdet til far, og får bekreftet at dette er kaldt og preget av at far er uinteressert. G uttrykker at han er trist på grunn av dette. I den første tiden på avdelingen fremstår G som en rolig, snill og omtenksum gutt. Han får kontakt med to andre gutter som deler hans interesse for dataspill og synes å trives på avdelingen. Han uttrykker flere ganger ovenfor personalet at han elsker å være der fordi det er så mange snille voksne der. I møter ser personalet denne begeistringen i sammenheng med den ekstra innsatsen man har gjort for å inkludere gutten og gi han bekreftelser på at han blir sett og hørt. Det er enighet om at dette bekrefter bildet av en gutt med dårlig selvtillit og at positiv oppmerksomhet er en viktig ingrediens i terapiutformingen. Etter hvert sørger guttens rolige atferd for at personalet lett vender oppmerksomheten mer mot de mer urolige og krevende barna, noe personalet først ikke oppfatter. G begynner i denne perioden å gjøre seg bemerket ved at han kommer med korte absurde uttalelser i sosiale sammenhenger. Ved middagsbordet kan han avbryte en samtale med å si ”kenguru!” eller ”banansplitt!” Ettersom denne atferden ikke har vist seg tidligere, begynner spekulasjonene å melde seg på morgenmøtene. Flere peker på at det erfaringsvis tar en viss tid før barna viser hele spekteret av atferden sin, og at disse absurditetene kan være et symptom som til nå har blitt holdt tilbake. Behandlingsansvarlige psykolog fremmer et ønske om at miljøterapeutene observerer G med tanke på å kartlegge denne atferden. I tiden som følger registrerer miljøterapeutene en ytterligere økning i denne atferden. Samtidig begynner

⁵ <https://bora.uib.no/bitstream/1956/2884/1/44752883.pdf> lastet ned 28.04.2010

psykologen med en utforskning rundt angst med G, hvor det etter hvert fremkommer at dette er noe han sliter med på flere arenaer. Psykologen bestemmer seg for å prøve ut et evidensbasert program som heter FRIENDS som kan vise til gode resultater i behandling av angstlidelser hos barn i denne alderen. Dette programmet er ukjent for personalet og det er behov for opplæring før dette kan iverksettes. I mellomtiden begynner den til tider slitsomme atferden å tære på miljøterapeutene og de andre barna, noe som fører til tilfeller av ubevisst avvísning, hvorpå G trekker seg tilbake og virker nedstemt. Noen av miljøterapeutene uttrykker frustrasjon over at fokuset på atferden og de underlige utfallene i sosiale sammenhenger, også på tomannshånd, har ført til at samhandlingen med G har blitt kunstig og innser at de til en viss grad objektiverer ham. Denne onde sirkelen løste seg til slutt ved at en av miljøterapeutene spurte ham direkte om hvorfor han sa ”banansplit!” og ”kenguru!” så ofte. Svaret var ganske enkelt at han var redd for å forsvinne. Etersom personalet nå ble påminnet hva G allerede ved inntaket hadde signalisert, ble det i fortsettelsen lagt særlig vekt på bevisst å gi G oppmerksomhet i situasjoner hvor han hadde lett for å ty til utbruddene. I fortsettelsen samarbeidet G og miljøterapeuten om alternative måter å få bekreftelser på dersom frykten for å forsvinne skulle melde seg igjen. Dette hadde forbausende rask innvirkning på den uhensiktsmessige atferden, som etter bare en ukes tid var så å si borte. (FRIENDS er ikke i utgangspunktet et opplegg rettet mot miljøterapi, men institusjonen kan utgjøre arena for å anvende metoden som gruppeterapi, hvor også foreldre inkluderes.)

I dette eksempelet kan det se ut som personalet glemte muligheten for en generell kognitiv tilnærming til den absurde atferden i sosiale sammenhenger, selv om flere av terapeutene hadde lang erfaring med dette. Tanken om en form for angst som kunne knyttes til en diagnose, var ikke nødvendigvis feil, men det sterke fokuset på kartlegging uten å inkludere G i større grad førte til en objektivering som resulterte i en uheldig ond sirkel både for G og miljøterapeutene. Poenget med dette eksemplet er ikke å devaluere verdien av programmer som FRIENDS. Rusvik Poulsen og Sørensen refererer blant annet til at i en effektstudie, hvor programmet ble utført som gruppeterapi med foreldre involvert, var 69 % av barna diagnosefrie ved endt behandling (Shortt m.fl. 2001, sitert i Rusvik Poulsen og Sørensen 2008, 7). Et poeng her er i likhet med forrige eksempel, at i en sammensatt miljøterapeutisk kontekst vil usikkerhet lett kunne bre om seg dersom man ikke har et ballansert forhold til hva som er legitim praksis. Et viktig forhold som ikke fremkom av eksemplet er at G også hadde andre symptomer som ville kunne aktualisere andre diagnoser. Dette igjen kunne ført til en lengre utrednings- og tilretteleggingsfase og medført ytterligere usikkerhet.

6. Terapeutiske fellesfaktorer

Terapeutiske fellesfaktorer bidrar ikke til utvikling av spesifikke modeller eller teknikker, men utgjør et *metateoretisk rammeverk for forskning og fremveksten av transformativ praksis* (egen oversettelse, Sparks, Duncan og Miller 2007, 454). Det kan være nyttig innledningsvis å understreke at fokus på terapeutiske fellesfaktorer ikke nødvendigvis undergraver nytten av å kunne anvende ulike metoder eller teknikker. Fokus på terapeutiske fellesfaktorer betyr å ta forskningen om fellesfaktorer til etterretning og anerkjenne denne forskningen som evidens. Kapittel 7 vil vise hvordan dette kan gjøres i praksis. Først følger en presentasjon av bakgrunnen for de terapeutiske fellesfaktorene.

6.1 Tidlige antydninger av terapeutiske fellesfaktorer – Saul Rosenzweig

Kritikken av utviklingen og praksisen som ble beskrevet ovenfor som evidensbasert, kan spores tilbake i det forrige århundre. Saul Rosenzweig skrev i 1936 artikkelen *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy* (1936, 412-415)⁶. Artikkelen blir beskrevet som det sannsynlige startpunktet for teorier og forskning omkring fellesfaktorer (Sparks, Duncan og Miller 2007, 454). Han innleder denne artikkelen med å problematisere en trend han synes å observere i sin samtid. Trenden går ut på at alle nye retninger innen psykoterapi som kan vise til en viss grad av suksess, har en tendens til å hevde suverenitet over andre retninger uten at dette underbygges empirisk. Han mente det var lite som tydet på at det var store forskjeller å spore. Artikkelens hovedanliggende i fortsettelsen introduserer han slik:

it is soon realized that besides the intentionally utilized methods and their consciously held theoretical foundations, there are inevitably certain unrecognized factors in any therapeutic situation – factors that may be even more important than those being purportedly employed. (Rosenzweig 1936, 412)

Det store spørsmålet blir derfor ifølge Rosenzweig; dersom ulike former for terapi er omtrent like effektive ovenfor like problemer, hva er det da de har til felles? Han understreker imidlertid at på dette tidspunktet (1936) er denne likheten i effektivitet dårlig empirisk dokumentert. Muligheten for at enkelte metoder kan være bedre egnet i møte med visse problemer enn andre benektes ikke, men ses bort ifra for å kunne tydeliggjøre poenget med artikkelen. Artikkelen er eksperimentell i den forstand at han legger til grunn en del åpne

⁶ <http://www.slideshare.net/barrylduncan/rosenzweig?from=embed> (lastet ned 12.03.2010)

antagelser om hvilke fellesfaktorer som kan tenkes å være virksomme. Den første fellesfaktoren han drøfter er det undefinerbare ved terapeutens personlighet og betydningen dette har for suksess på tvers av teoretisk retning. Ut ifra en antagelse om at flinke terapeuter vil være jevnt fordelt på de ulike metodene, ser han dette som en mulig årsak til de like resultatene. Den andre fellesfaktoren tar utgangspunkt i at psykologiske problemer i stor grad handler om usammenhengende desintegrerte trekk ved klientens personlighet. Suksess i terapi kan da forbindes med at pasienten gjennom terapien oppnår en viss reintegrering av seg selv, og at i denne prosessen vil en hver form for sammenhengende teori som blir presentert for klienten kunne virke ”reintegrerende”. Den tredje mulige fellesfaktoren finner han ved å legge til grunn en utbredt antagelse om at menneskers personlighet utgjøres av et svært komplekst samspill mellom gjensidig avhengige bestanddeler. Denne kompleksiteten mener han gjør det mulig å beskrive et fenomen, eller et problem, på mange forskjellige måter som kan være gjenkjennbare og gi mening for klienten. Gitt at alle de ulike metodenes forklaringsmodell kan virke gjenkjennbare og gi mening, vil de dermed kunne ha tilnærmet lik mulighet til å hjelpe klienten (Rosenzweig 1936, 412-415).

6.2 Den videre utviklingen og empirien bak fellesfaktorene

At terapi virker har blitt grundig dokumentert i flere studier (Asay og Lambert 1999, 24). Terapeutisk arbeid kan derfor sies å ha en generell legitimitet. Det er likevel av stor legitimerende betydning å grave dypere for å finne ut hva som gjør at det virker, slik at man kan forbedre sin praksis, og dermed bidra til at flere klienter opplever positiv forandring. Etter hvert som antallet behandlingsmodeller og teknikker økte innså en del forskere behovet for å sammenligne resultatene av disse ulike tilnærmingene. På midten av 1970-tallet startet man derfor arbeidet med *Comparative Clinical Trials* (Sparks, Duncan og Miller 2007, 453). Ifølge Wampold (2001, sitert i Sparks, Duncan og Miller 2007, 453)⁷, som har gjennomgått disse studiene, viser størsteparten av dataene ingen støtte for påstander om at enkelte behandlingsmetoder er bedre enn andre. Her finner man altså empirisk støtte for antagelsene som Rosenzweig la til grunn i sin artikkel allerede i 1936. Asay og Lambert (1999, 29-30) antyder tre mulige forklaringer på hvorfor metodene ikke skiller seg fra hverandre i effektivitet. Den første er at forskjellige former for terapi kan oppnå like mål via ulike metoder. Den andre er at metodeavhengige forskjellige resultater faktisk forekommer, men ikke har blitt oppdaget med forskningsstrategiene man har anvendt i de tidligere studiene. Den

⁷ <http://www.slideshare.net/barrylduncan/common-factors21st-century> lastet ned 12.03.2010

siste er at de ulike metodene har iboende fellesfaktorer som virker kurativt, men som ikke vektlegges i deres forklaringsmodeller om hvordan forandring skjer. Det er denne siste mulige forklaringen som har tiltrukket mest forskningsinteresse.

Terapeutiske fellesfaktorer kan deles inn i fire hovedkategorier: klientfaktorer eller utenomterapeutiske hendelser, relasjonelle forhold, forventnings- og placeboeffekter og teknikk/modellfaktorer (egen oversettelse, Asay og Lambert 1999, 30).

Det finnes nå flere større undersøkelser som underbygger hvor stor innvirkning disse fellesfaktorene har for utfallet av psykoterapi. Et viktig bidrag til å samle forskningen på feltet er gjort av Hubble, Duncan og Miller som i 1999 ga ut boken *The heart and soul of change*. I denne analogien har redaktørene samlet de mest fremtredende forskerne innen temaet i et forsøk på å oppsummere hva de siste 40 årenes forskning kan fortelle oss om tverrteoretiske fellesfaktorer. I en litteraturgjennomgang fant Lambert (1992, sitert i Asay og Lambert 1999, 30-31) at av de ulike faktorene som forutbestemte bedring fra psykoterapi, kunne 40 % tilskrives klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer, 30 % tilskrives den terapeutiske relasjonen, 15 % tilskrives forventninger (placebo) og 15 % tilskrives teknikken (egen oversettelse av diagram). Wampolds meta-analyse (2001, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 37-38) viser at klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer sto for 87 %, mot at bare 13 % av bidragene til positiv forandring kommer fra terapien. Av disse 13 % utgjør spesifikke teknikker så lite som 1 % av de determinerende faktorene. Med dette som utgangspunkt spørres det: ”*Hvordan skal vi vurdere modeller når så mye av variansen kontrolleres av andre faktorer?*” (egen oversettelse Duncan, Miller og Sparks 2004, 38).

6.3 Vitenskapsteoretisk forankring

Forskningen bak de terapeutiske fellesfaktorene kan sies å ha rot i en hermeneutisk vitenskapstradisjon. Hermeneutikk kan enklest oversettes med fortolkningslære (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2008, 312). Innenfor vitenskapsteori legger hermeneutikken til grunn en oppfatning om at alt vitenskaplig arbeid er gjenstand for fortolkning. Dette står i kontrast til positivismen hvor troen på universelt gyldig kunnskap er grunnlaget (Brevig 1998, 25). Et argument for å knytte fellesfaktorforskningen til hermeneutikken er den utstrakte anvendelsen av kvalitative studier som utgjør det empiriske grunnlaget for forskningen (Hubble, Duncan og Miller 1999, 57-63). Kvalitative studier kan sies å tilhøre en hermeneutisk tradisjon fordi de i stor grad tar utgangspunkt i forskningsobjektets fortolkninger (Johannessen, Tufte og

Kristoffersen 2008, 311-312). Et ytterligere argument for å knytte disse studiene til hermeneutikken er forskerens omfattende arbeid med å beskrive detaljerte forhold ved sine studier som kan være av fortolkningsmessig interesse for den som måtte ha interesse av den (Hubble, Duncan og Miller 1999, 59). Et eksempel på hvorfor kvalitative studier er nødvendige i fellesfaktorforskningen kan være kartleggingen av utenomterapeutiske forhold. Blant annet kan en klients sosialt støttende nettverk vanskelig kartlegges på annen måte enn gjennom klientens egen beretning, for eksempel i form av et kvalitativt intervju.

7. Hvordan kan kunnskap om terapeutiske fellesfaktorer være til hjelp?

Tidligere i oppgaven har eksempler blitt brukt for å drøfte hvordan ensidig fokus på evidensbaserte metoder kan føre til problemer i en miljøterapeutisk kontekst. I problemstillingen blir kunnskap om terapeutiske fellesfaktorer lansert som en mulig hjelp. Av de fire gruppene av terapeutiske fellesfaktorer som har blitt nevnt, vil oppmerksomheten i denne oppgaven bli viet til klientfaktorer/utenomterapeutiske faktorer og faktorer knyttet til den terapeutiske alliansen. Etter en nærmere presentasjon av disse vil de samme eksemplene bli brukt som grunnlag for drøfting av dette spørsmålet. Det er også disse to nevnte faktorgruppene Duncan, Miller og Sparks forsøker å legge større vekt på når de introduserer *Client Directed, Outcome Informed* terapi (CDOI)⁸. Med *Client Directed* mener man at klientens tanker og teorier skal være styrende i utformingen av terapiforløpet, mens *Outcome Informed* innebærer en form for systematisk fortløpende resultatstyring. De presiserer at denne tilnærmingen ikke representerer en ny metode eller teknikk, ettersom en konsekvens av å være *Client Directed* vil være at man kommer til å måtte anvende et vidt spekter av arbeidsformer, deriblant spesifikke teknikker. Å arbeide *Outcome Informed* dreier seg om en måte å kvalitetssikre sin egen praksis på. I sin enkleste form kan man gjøre dette ved å bare spørre klienten (Duncan, Miller og Sparks 2004, 49-118). I eksemplene vil generell kunnskap om fellesfaktorforskningen så vel som elementer fra CDOI bli drøftet som mulige svar på problemstillingen.

⁸ Med utgangspunkt i CDOI har det i norsk sammenheng blitt gjort en undersøkelse gjennomført av Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Helseregion ØST og SØR på såkalt Klient- og resultatstyrt terapi (KOR). [http://www.r-bup.no/cms/cmspublish.nsf/\\$all/475663A0E7F0A19DC12570870041C3DE](http://www.r-bup.no/cms/cmspublish.nsf/$all/475663A0E7F0A19DC12570870041C3DE)

7.1 Klientfaktorer og utenomterapeutiske faktorer

Lambert (1992, sitert i Asay og Lambert 1999, 30) fant altså at 40 % av bedringen klientene oppnår ved terapi kan tilskrives forhold ved klienten eller utenomterapeutiske forhold. Duncan, Miller og Sparks (2004, 34-35; 2004, 51) tar dette til inntekt for å i større grad legge vekt på klientens egne ressurser i terapien. Denne gruppen faktorer er svært sammensatt. Etersom klienter kommer til terapien med et mangfoldig utvalg av *psykologiske lidelser, historier, nåværende stressfaktorer og sosialt støttende nettverk*, kan man organisere de mest betydningsfulle variablene på mange ulike måter (egen oversettelse, Hubble, Duncan og Miller 1999, 30). Dette mangfoldet av faktorer og de ulike organiseringene av dem gjør det nødvendig å se hver klient som et unikt tilfelle. En viktig erkjennelse i dette arbeidet er at klienten selv er den som sitter på det meste av informasjonen man er ute etter. En måte å dra nytte av klientens ressurser på er å sammen med klienten utforske hans egen *forandringsteori*. Dette bygger på en antagelse av at enhver klient har tanker om hvordan hans problemer kan løses, og at en sensitiv bearbeiding av disse tankene kan resultere i en konstruktiv forandringsteori (Sparks, Duncan og Miller 2007, 462-472; Duncan, Miller og Sparks 2004, 71-73). Et annet viktig argument her er at forandring hos klienten viser seg i større grad å være varig, dersom klienten tillegger den sin egen innsats i terapien (Lambert og Bergin 1994 sitert i Asay og Lambert, 1999, 27).

7.1.1 Drøfting – Kunnskap om klientfaktorer og utenomterapeutiske fellesfaktorer

Sett i forhold til eksemplene over kan man se flere forhold hvor denne kunnskapen kan anvendes. Et slikt forhold er legitimitetsspørsmålet som ble reist i *drøftingseksempel 1* (kapittel 5.1.1). Her kan det i møte med foreldrene være nyttig å vise til en del av denne forskningen. Blant annet om nyttigheten av at MT og G sammen har klart å dra nytte av Gs egne forandringsteorier i visse situasjoner. Man kan sammen med G og foreldrene gå gjennom hva man har drevet med og kommet fram til, samtidig som man knytter elementer av dette opp i mot fellesfaktorene. Man kan slik se for seg fellesfaktorforskningen som en plattform for felles forståelse av hva som er virksomt i endringsprosessene som G gjennomgår. Innenfor vide definisjoner av evidensbasert praksis ligger det også en erkjennelse av verdien av klientens egne ressurser, slik vist i kapittel 3.4. Forskjellen på de to tilnærmingene kan sies å ligge i vektleggingen av denne erkjennelsen. En annen forskjell kan sies å ligge i tiltroen til at den ovenfor nevnte forskningen også kan brukes som evidens med tanke på legitimering av praksis. Et redskap fra CDOI som kunne vært aktuelt i denne sammenhengen er det som kalles analoge tilbakemeldingsskjema (Duncan, Miller og Sparks 2004, 224-227). Med analog

tilbakemeling menes at klienten gis mulighet til å bruke objektive skalaer for å vurdere samt gi tilbakemelding på ulike forhold ved sin opplevde tilstand og/eller ved selve terapien. Skjemaene kan tilpasses den enkelte klients ferdighetsnivå og utformes med tanke på å kartlegge spesifikke spørsmål. I sin enkleste form kan et slikt skjema brukes til å besvare spørsmålet: Hvordan har du det? Hvor skalaen utgjøres av de tre bildene: ☺ ☹ ☹. I eksemplet kunne G regelmessig underveis fylt ut et slikt skjema (med en mer alderstilpasset skala som for eksempel: dårlig ----- bra) basert på spørsmålene: Hvordan står det til på institusjonen? Hvordan står det til hjemme? Hvordan syns du det går i behandlingen? Hvordan har du det alt i alt? MT kunne samordnet resultatene og for eksempel lagd en graf som viser utviklingen. Skjemaene kunne blitt brukt konfidensielt mellom MT og G, eller man kunne inkludert foreldrene som dermed ville få et visst inntrykk av kvaliteten på behandlingen.

7.2 Faktorer knyttet til den terapeutiske alliansen

”I søken etter et mer beskrivende begrep for den mellommenneskelige dynamikken mellom klient og terapeut har forskere byttet ut relasjonsbegrepet med alliansebegrepet. Dette vektlegger et partnerskap for å nå felles mål” (Bordin, 1979, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 35) I denne presentasjonen vil derimot relasjons- og alliansebegrepet bli brukt synonymt på grunn av overlappende bruk i kildelitteraturen. I følge forskning kan 30 % (Lambert 1992, sitert i Asay og Lambert 1999, 31) av faktorene som betinger suksess tilskrives såkalte alliansefaktorer. I en studie av klienters inntrykk av relasjonen, fant Bachelor (1995, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 35) at omtrent halvparten beskrev en god relasjon som bestående av terapeutens respekt, empatisk forståelse og oppmerksom lytting. En gruppe på omtrent 40 % karakteriserte en positiv relasjon ved at de oppnådde økt selvforståelse ved at terapeuten klargjorde deres egne bidrag. En siste mindre gruppe, la vekt på relasjonen som en samarbeidsform, hvor begge parter bidrag var av betydning for resultatet. Det fremkommer av dette at det kan være individuelt betinget hva den enkelte klient oppgir som nyttig ved alliansen (egen oversettelse). Satt opp imot viktigheten av å anvende en spesifikk metode, viser data fra TDCRP (Treatment of Depression Collaborative Reserch Project)⁹ at alliansen kunne predikere positivt utfall i alle tilfellene, noe de spesifikke modellene ikke kunne. Videre har man funnet at klientens vurdering av alliansen er en langt

⁹ Et forskningsprosjekt initiert av National Institute of Mental Health, ansett for å være den mest metodologisk sofistikerte studien som har blitt utført. 250 pasienter ble tilfeldig fordelt på kognitiv atferdsterapi, interpersonlig terapi, behandling med antidepressiva og placebo-piller. Utfallet av undersøkelsen viste ingen forskjell i effektivitet (Krupnick m.fl. 1996, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 26).

bedre prediktor for utfallet av terapien enn terapeutens vurdering (Bachelor og Howarth 1999, sitert i Duncan, Miller og Sparks 2004, 36). Dette tas til inntekt for at man regelmessig overvåker klientens vurdering av kvaliteten på alliansen (Duncan, Miller og Sparks 2004, 36-37).

7.2.1 Drøfting – Kunnskap om faktorer knyttet til den terapeutiske alliansen

I *drøftingseksempel 1* (kapittel 5.1.1) ser man at MT ut ifra erfaringsbasert kunnskap innleder en allianse med G. Ut ifra den informasjonen eksempelet gir er det hovedsakelig gjennom denne alliansen, hvor man definerer felles mål for behandlingen, at den positive forandringen oppnåes. Legitimitetsspørsmålet som ble drøftet i 5.1.1 ville her kunne finne ytterligere støtte ved bruk av analoge skjemaer rettet mot kvaliteten på alliansen. I *drøftingseksempel 2* (kapittel 5.2.1) kan man se flere forhold hvor kunnskap om alliansens betydning kunne vært til hjelp. Ettersom miljøpersonalet ”mister gutten av synet” på grunn av hans relativt rolige væremåte, kan dette tyde på at man i større grad burde hatt en MT som arbeidet bevisst og systematisk i en allianse med G. Blant annet kunne man ved en systematisk og regelmessig vurdering av alliansen, ved bruk av analoge tilbakemeldingsskjema, gitt G flere muligheter til å indikere sin opplevelse av å forsvinne. Utforming av et tilbakemeldingsskjema med henblikk på alliansen kunne tatt utgangspunkt i funnene fra Bachelors studie. Mulige spørsmål kunne da vært: Hvordan opplever du at MT viser deg respekt? Hvordan opplever du at MT forstår hvordan du har det? Hvordan opplever du at MT lytter til det du sier?

7.3 Mulige utfordringer ved for sterkt fokus på klientens perspektiv

Ingerid Aamodt (2005) problematiserer hvordan en praksis med for stort fokus på klientens perspektiver også kan by på utfordringer. Hun legger til grunn et samfunn som preges av institusjonalisert praksis. Med dette mener hun at bakenforliggende selvfølgeliggjorte sannheter preger hvordan vi tenker og handler. I et slikt samfunn finnes det et sett med regler som deltakerne lever etter. Ulike roller følges av ulike regler og forventninger. Utfordringen i denne sammenhengen går ut på at disse reglene også sier noe om hvem som sitter på den mest gyldige kunnskapen innenfor ulike felt. Når klienten kommer til terapeuten for hjelp, kan det hende han gjør det med en forventning om at terapeuten sitter på en mer gyldig kompetanse. (Aamodt 2005, 198-199). Hun mener klienten selv ofte i en slik situasjon kan være den mest konservative, og at terapeuten dermed er nødt til å bidra med nye perspektiver i tillegg til klientens. Dersom den klientstyrte praksisen skal kunne innføres i terapifeltet kreves det

derfor radikale endringer også av de bakenforliggende selvfølgegjorte forhold (Aamodt 2005, 207).

8. Oppsummering og Avslutning

Denne oppgaven presenterer to ulike syn på hva som er vitenskaplig legitim praksis. Likt for begge synene er erkjennelsen av behovet for en vitenskaplig fundamentering av praksis. Ulikhetene ligger i hvordan dette fundamentet bør skapes. Problemstillingens utforming og drøftingen av denne kan ses som overveiende kritisk til evidensbasert praksis, og da særlig med tanke på anvendelsen av en smal definisjon i arbeid med mennesker innenfor feltene psykologi og sosialt arbeid. Det er viktig å presisere at oppgaven tar utgangspunkt i en polarisering av konflikten. Med dette menes det at den vektlegger forskjeller for å kunne illustrere et poeng. Blant annet er dette synlig i drøftingseksemplene. Det er som nevnt tidligere flere som søker å utvide definisjonene av evidensbasert praksis, ved å integrere erfaringsbasert kunnskap, kontekstualisering, klientens verdier og etiske avveininger. En slik utvidet definisjon kan bidra til å redusere de utfordringene som ble drøftet. Kritikken som fortsatt vil være gjeldende ovenfor en utvidet definisjon, retter seg mot forskningsdesignet RCT, dets dominerende stilling og påviste svakheter. Når det gjelder terapeutiske fellesfaktorer illustrerer drøftingen hvordan kunnskap om disse kan bidra til å utvide det vitenskaplige fundamentet, og ballansere vektleggingen av metoder og teknikk i forhold til de andre faktorene. Avslutningsvis ses det som hensiktsmessig å vise til Ingerid Aamodts artikkel hvor hun spør: *Hvorfor er Barry Duncan radikal? Hvorfor må vi være radikale?* En artikkel som reiste et nyttig ballanserende perspektiv for undertegnede under skriveperioden.

Litteratur:

- Aamodt, Ingerid. 2005. Hvor er Barry Duncan radikal? Hvorfor må vi være radikale? I *Fontene forskning* 3:193-210.
http://www.idunn.no/file/ci/1716583/fokus_2005_03_pdf.pdf
- Andreassen, Tore. (2005) Nye institusjonstiltak for ungdom med atferdsvansker, *Norges barnevern* 2:2-7.
- Angel, Bjørn Øystein. 2003. Evidensbaserte programmer – kunnskapsformer og menneskesyn i sosialt arbeid. I *Nordisk Sosialt Arbeid* 2:66-72.
- Asay, Ted P. og Lambert, Michael J. 1999. The Empirical Case for the Common Factors. I *The Heart & Soul of Change*, red. Mark A. Hubble, Barry L. Duncan, Scott D. Miller. Washington D.C.: American Psychology Association.
- Bachelor, A. og A. Horvath. 1999. The therapeutic relationship. I *The Heart and Soul of Change*, red. Mark A. Hubble, Barry L. Duncan og Scott D. Miller. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Bartlett, H. 1958: Toward Clarification and Improvement of Social Work Practice. I *Social Work* 3
- Beck, A. T. 1967. *Depression: Experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bergmark, Å og T. Lundström. 2002. Metoder i sosialt arbejde – hva er det? I *Socialt arbejde. En grundbog*, red. A. Meeuwisse mfl. Kjøbenhavn: Hans Reitzels Forlag.
- Bordin E.S. 1979. The generalizability og the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Brevig, Pål Chr. 1998. *Sosialt arbeids dialektikk. En vitenskapsteoretisk undersøkelse av grunnleggende trekk ved sosialt arbeid*. Hovedoppgave i sosialt arbeid. Høyskolen i Oslo.
- Duncan, Barry L., Scott D. Miller, Jacqueline Sparks. 2004. *The Heroic Client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome informed therapy* San Francisco: Jossey-Bass.
- Ekeland, Tor-Johan. 1999. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 36:1036-1047.

- Ekeland, Tor-Johan. 2009. Hva er evidensen bak evidensbasert praksis? I *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, red. Harald Grimen og Lars Inge Terum. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Foss Hansen, Hanne og Olaf Rieper. 2009. Evidensbevegelsens rødder, formål og organisering. I *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, red. Harald Grimen og Lars Inge Terum. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Free, M. L. 2007. *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice* (2. rev. utg.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Garfield, S. 1986. Problems in diagnostic classification. I *Contemporary directions in psychopathology*, red. T. Millin og G. Klerman. New York: Guilford Press
- Garfield, S. L., og A. E. Bergin. 1994. Introduction and historical overview. I *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4. utgave). red. S. L. Garfield og A. E. Bergin. New York: Wiley
- Grimen, Harald og Lars Inge Terum. (red.) 2009. *Evidensbasert profesjonsutøvelse* Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Grønvold, Erik 2000. Teorier for miljøterapeutisk praksis gjennom 50 år. I *Miljøterapi – igår, idag och i morgon*, red. Hagqvist, Anders og Widinghoff Björn. Lund: Studentlitteratur.
- Hubble, Mark A., Barry L. Duncan, Scott D. Miller. 1999. *The Heart & Soul of Change – What Works in Psychotherapy* Washington, DC: American Psychological Association.
- Johannessen, Asbjørn., Per Arne Tuft og Line Kristoffersen. 2008. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Lambert, J. C. 1992. Implications of outcome research for psychotherapy integration. I *Handbook of psychotherapy integration*, red. Norcross og M. R. Goldstein. New York: Basic Books.
- Lambert, J. C. og A. E. Bergin. 1994. The effectiveness of psychotherapy. I *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, (4. utg.) red. J. C. Lambert og A. E. Bergin. New York: Wiley.
- Larsen, Erik 2004. *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, Edgar. 2004. "Evidensbasert"- praksis og ideologi. I *Nordisk Sosialt Arbeid* 4:290-302

- Miller, Scott D. Mark A. Hubble og Barry L. Duncan. 1996. *Psychotherapy is dead, long live psychotherapy*. Forelesning presentert på den 19. årlige familierapi nettverkets sammenkomst. Washington D.C.
- Padesky, C. A. og D. Greenberger. 1995. *Clinician's guide to mind over mood*. New York: The Guilford Press.
- Rosenzweig, Saul. 1936. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. I *The American Journal of Orthopsychiatry*, 6:412-415
<http://www.slideshare.net/barrylduncan/rosenzweig?from=embed>
- Rusvik Poulsen, Pia og Anniken Sørensen. 2008. *Vurdering av behandlingsintegritet ved kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn med angstlidelser - utprøving av en skåringsmetode*. Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi. Bergen: Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
<https://bora.uib.no/bitstream/1956/2884/1/44752883.pdf>
- Rønnestad, Michael Helge. 2009. Evidensbasert Psykologisk Praksis. I *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, red. Harald Grimen og Lars Inge Terum. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Sackett, O. L., S. E. Straus, W. S. Richardson, W. Rosenberg og R. B. Haynes. 2000. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2. utg.) London: Churchill Livingstone.
- Schelderup, Liv., Cecilie Omre og Edgar Marthinsen. (red.) 2005. *Nye metoder i et moderne barnevern*. Oslo: Fagbokforlaget
- Schelderup, Liv., Cecilie Omre, Edgar Marthinsen, Sveinung Horverak og Geir Hyvre. 2005. Mot et nytt barnevern. I *Nye metoder i et moderne barnevern*. Oslo: Fagbokforlaget
- Shortt, A.L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS Program: a cognitivebehavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 4:525-535.
- Simonsen, Inge-Ernald. 2007. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 11:1340-1349.
- Skjervheim, Hans. 2002. Deltakar og tilskodar I *Mennesket*. 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sparks, Jacqueline., Barry L. Duncan og Scott D. Miller. 2007. Common Factors in Psychotherapy. I *Twenty-First Century Psychotherapies*, red. Jay L. Lebow. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
<http://www.slideshare.net/barrylduncan/common-factors21st-century>

- Vindegg, Jorunn. 2009. Evidensbasert sosialt arbeid. I *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, red. Harald Grimen og Lars Inge Terum. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Wampold, Bruce E. 2001. *The great psychotherapydebate: Models, methods and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wells, A. 1997. *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Williams, J., M. Gibbon, M. First, R. Spitzer, M. Davies, J. Borus, M. Howes, J. Kane, H. Pope, B. Rounsaville og H. Wittchen 1992. The structured clinical interview for *DSM-III-R (SCID) Multi-site-test-retest reliability*. I *Archives of general psychiatry*, 49:630-636.
- Wright, J. H., M. E. Thase, A. T. Beck og J. W. Ludgate (Red.). 1993. *Cognitive therapy with inpatients. Developing a cognitive milieu*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E., J. S. Klosko og M. E. Weishaar. 2003. *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Vedtatt på kongressen 20.-24. november 2002