

Å ta empirien på alvor v.2.0.

Postprintversjon av: Tilden, T., Solem, M.-B., Thuen, F., Lorås, L., Stokkebekk, J. & Whittaker, K. (2022). Å ta empirien på alvor v.2.0. Fokus på familien. 4, 315-333. doi:10.18261/fokus.50.4.5

Sammendrag:

I denne artikkelen drøftes status og utfordringer vedrørende grunnlagstenkingen til kunnskap og vitenskap innen systemisk praksis. Bakgrunnen er en bekymring for at vårt fagfelt i hovedsak er inspirert av teorier hentet fra ideologi og filosofi på bekostning av eksisterende empiri. Vi drøfter mulige årsaker til en slik skjevhet som har blitt ekstra tydelig i de senere års akademisering av familierapifeltet, noe som innebærer høyere krav til vitenskapelige kunnskapsreferanser. Artikkelen påpeker at deler av fagfeltet har en preferanse for kunnskap fra kvalitative studier framfor kvantitative. Dette problematiseres, dels begrunnet med metodelæren, dels ut fra den skjevhet dette innebærer av kunnskapstilførsel til studenter og systemiske praktikere. Følgen av en slik preferanse kan være at den systemiske praktiker mangler vesentlig kunnskap, det stimuleres ikke til å gjennomføre eller delta i kvantitative studier, og en risikerer at faget sett utenfra ikke blir tatt på alvor. Dette problemet aktualiserer et økt fokus på fagfeltets grunnlagstenking og sentrale politiske, etiske og faglige føringer. Som svar på dette presenterer artikkelen interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme og foreslår disse som det styrende paradigmet for systemisk praksis. Vi argumenterer for at dette kan fjerne en ideologisk begrunnet dikotomi mellom typer kunnskap og forskningsdesign og redusere avstanden mellom forsker og kliniker.

Nøkkelord: Grunnlagstenkning, kritisk realisme, kunnskapsbasert praksis, integrativ systemisk praksis.

Summary:

In this article, status and challenges regarding the fundamental knowledge and science within systemic practice are discussed. The background is our concern that our professional field's main inspiration are ideological and philosophical theories at the expense of existing empirical knowledge. We discuss possible explanations for such a bias that has become increasingly clear during the recent years' academization of our field implying higher demands to scientific references. This article addresses that within parts of our field the knowledge preference is from qualitative instead of quantitative research. This is problematized partly due to the methodology of science, partly as this creates an unbalanced knowledge base for students and systemic practitioners. The consequence of such a preference is the risk of lacking crucial knowledge as a practitioner, it yields no encouragement to conduct or participate in quantitative studies. And seen from other comparable psychotherapy disciplines, we risk not to be taken seriously. This problem addresses the need to focus on our field's basic assumptions, philosophy, and theory, as well as decisive political, professional, and ethical premises. As an answer to these objectives, the article presents interactive constructivism and critical realism as suitable to facilitate for evidence-based practice that should be the principal guideline for systemic practice. We argue that this could remove the ideologically reasoned dichotomy between different types of knowledge and research designs. It could bridge the gap between the researcher and the practitioner. And it could pave the way for knowledge from a rich source to be applied integratively within systemic practice.

Key words: Basic assumptions, critical realism, evidence-based practice, integrative systemic practice.

Introduksjon

I 2008 skrev May-Britt Solem, Terje Tilden og Frode Thuen artikkelen: «Å ta empirien på alvor: Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere?» (heretter kalt «2008-artikkelen»), publisert i *Fokus på familien*. 2008-artikkelen redegjorde for forholdet mellom klinisk praksis og forskning der den ga klare anbefalinger om hvordan familieterapeuter kunne arbeide kunnskapsbasert, gjennom å implementere forskningsbasert kunnskap og tilnærminger i sin praksis. Empiri forstår vi som en systematisk innhenting av informasjon om erfaringer, for eksempel observasjoner og undersøkelser innen forskning.

Med bakgrunn i spørsmålene som ble stilt i 2008-artikkelen, ønsker vi å se på status og utfordringer for familieterapifeltet i dag. Sosialkonstruksjonistiske tilnærminger til familieterapi, spesielt Harlene Andersons samarbeidsbasert-dialogiske tilnærming (2016; 2019) har hatt stor dominans innen der systemiske familieterapifeltet i Norge. Vår erfaring er derfor at fagfeltet i Norge i stor grad er inspirert av teorier basert på ideologi og filosofi som ikke bygger på forskningsbasert kunnskap, eller at denne kun hentes fra kvalitative studier. Når vi oppfordrer til å ta empirien på alvor er det for å gjøre kjent at klinisk relevant empiri finnes, og til at denne i større grad bør anvendes i undervisning og klinisk arbeid. Dette innebærer også en vitenskapsteoretisk refleksjon knyttet til forskning og kunnskapsutvikling som vil høyne fagfeltets legitimering som et vitenskapelig felt. De vitenskapsfilosofiske retninger vi legger til grunn er interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme.

Begrepsavklaring

«Systemisk teori og praksis» er uklare begreper og brukes som betegnelse på et vitenskapssyn, et menneskesyn og som en samlebetegnelse for en mengde systemorienterte psykoterapeutiske retninger. Selv om det finnes enkelte definisjoner av systemisk terapi (Becvar & Becvar, 2009; Lorås et al., 2017; Sydow et al., 2007), synes ikke dette å ha ført til en felles forståelse: «Simply put, there is no consensus about what is and what is not systemic therapy» (Friedlander et al., 2021, s. 540). For eksempel er ikke de som tar utdanning innen systemisk tenkning en ensartet gruppe, og utdanningen kvalifiserer ikke til en beskyttet tittel, sertifisering, og sjelden til øremerkede stillinger. Ønsket om å favne mangfoldet og tverrfagligheten gjenspeiles også i undertittelen til tidsskriftet «Fokus på familien», som henvender seg til fagfolk innen *familie- og relasjonsarbeid*. I denne artikkelen velger vi å anvende begrepene «systemisk praksis» og «systemisk praktiker» for å inkludere flest mulig med en slik kvalifikasjon og arbeidsområde. For å vise variasjonen er vår vurdering at systemiske praktikerer kan inndeles i minst fem kategorier¹:

- (1) De som anser systemisk tilnærming som en terapeutisk holdning med visse verdier og prinsipper, for eksempel knyttet til en «ikke-vitende posisjon»² og det å holde dialogen/samtalen i gang. Kunnskapen som anvendes er gjerne implisitt/«taus» og eklektisk.
- (2) Praktikerens forhold til kunnskap er eksplisitt ved å anvende flere spesifikke systemiske elementer fra for eksempel språkystemiske eller løsningsfokuserete retninger. En sosialkonstruksjonistisk forankring er gjerne uttalt som begrunnelse for både kategori 1 og 2.

¹ Disse kategoriene er vårt forsøk på å demonstrere en variasjon og mangfold hos systemiske praktikerer vedrørende kunnskapsreferanser og -anvendelse i klinisk arbeid. Det er mulig å tenke seg flere kategorier og en blanding av disse på en glideskala.

² Et begrep vi syns er uegnet for å formidle innholdet, jfr. Tilden (2022).

- (3) De som anser systemisk tenkning som et overordnet rammeverk knyttet til for eksempel sirkularitet og kybernetikk, og som anvender spesifikke modelltilnærminger som er utviklet, testet og forsket på innenfor familierapi. Eksempler er multisystemisk (MST) og funksjonell (FFT) familierapi.
- (4) Delvis som kategori 3, men hvor de spesifikke tilnærmingene opprinnelig ble utviklet for individualterapeutisk formål, slik som emosjonsfokuserede, tilknytningsorienterte og kognitive modeller. Disse er videreutviklet og tilpasset par- og familierapi ved at systemiske prinsipper er innarbeidet.
- (5) De som ser på en systemisk tilnærming som en viktig del av en overordnet meta-modell og rammeverk som gir hjelp til forståelse og intervensjoner basert på sentrale perspektiver som blant annet inkluderer grunnlagstenkning (vitenskapsfilosofi og -teori slik som ontologi, epistemologi, paradigmer) og hvor en stimuleres til å anvende og integrere et bredt spekter av spesifikke tilnærminger fra både individual-, par- og familierapi som er tilpasset klientens mål og utfordringer. Et eksempel er Integrativ Systemisk Terapi (IST – Pinsof et al., 2018). Kategoriene 3, 4 og 5 har alle forskningsstøtte/er empiriinformert.

Internt i vårt eget fagfelt kan de fem presenterte kategoriene representere et positivt mangfold fordi en stor variasjon skaper et solid fundament. I negativ forstand kan et vidt mangfold skape uenighet og svekke en felles identitet dersom dette rokker ved den forståelsen av systemisk tenkning og praksis en selv tenker ut ifra. Dermed blir mangfold uønsket eller truende. Sett utenfra kan et slikt mangfold i positiv forstand innebære en bredde som overlapper og inspirerer tilgrensende faggrupper. I negativ forstand kan mangfold gjøre at «systemisk praksis» oppleves utydelig. Alternativt at fagfeltet oppfattes som *for* annerledes og med det risikerer å miste legitimitet, anerkjennelse og status for hva

som er dens spesialområde. Dette er en bekymring som ble beskrevet allerede i 2008-artikkelen:

«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)» (Solem et al., 2008, s. 90).

Bekymringen er fortsatt aktuell. Samtidig har det siden 2008 skjedd en viktig utvikling, spesielt med hensyn til akademisering av familierapiutdanninger, noe som påvirker både kunnskapsgrunnlag og legitimiteten for faget. En slik utvikling er sammenfallende med målet til den Europeiske familierapiforeningen (EFTA) som er «to achieve recognition for family and systemic therapy as a distinct, scientifically-based form of psychotherapy practice and to ensure rigorous standards of training and professional practice throughout Europe» (EFTA training standards, pkt. 2.3). Siden Norsk forening for familierapi (NFFT) nå har vedtatt å utvikle en sertifiseringsordning for systemiske praktikere og familierapeuter etter EFTA standard, aktualiserer dette empiriens rolle i utdanning og yrkesutøvelse både når det gjelder systemisk praksis og forskning.

Våre fem kategorier av systemiske praktikere illustrerer nødvendigheten av å ta mangfoldet og forskjelligheten oss imellom på alvor. En slik erkjennelse kan tydeliggjøre hvilke premisser vi legger til grunn for egen faglig tenkning og praksis. Slike forskjeller innebærer samtidig at det muligens er et urealistisk mål at familierapifeltet skal framstå som en enhet. Isteden ser vi på «systemisk praksis» som en overordnet forståelse som vektlegger visse prinsipper, verdier, holdninger og fokus.

Grunnlagstenkningen i familiebehandlingsfeltet

Det kan lett oppstå misforståelser hvis vi tror at vi snakker ut fra en felles forståelse av hva det innebærer å være systemisk praktiker hvis vi i realiteten har ulike vitenskapsfilosofiske og -teoretiske referanser. Uten å erkjenne og tilkjenne eget teoretisk, ideologisk og etisk ståsted risikerer en at slike ulike forutsetninger likevel gjør seg gjeldende med den risiko at faglige debatter bli lite konstruktive. Som uttrykt av Gilje & Grimen (1993, s. 92):

«Forskere som befinner seg innenfor to ulike paradigmer, vil derfor ha store kommunikasjonsproblemer. De snakker ikke lenger samme språk. De befinner seg i to ulike verdener. To paradigmer som derfor ikke bare er uforenlige; de kan også være *inkommensurable* (usammenliknbare)».

Av denne grunn finner vi det nødvendig å rette fokus mot vår grunnlagstenkning, altså våre referanser til vitenskapsteori og -filosofi, herunder ontologi (hvordan vi forstår verden) og epistemologi (hvordan vi framskaffer og anvender ny kunnskap) fordi det gir føringer for kunnskapsreferanser og forskning.

Risikoen for ortodoksi

Forstått dialektisk (Tranøy, 2022) har det systemiske fagfeltet en stolt historie med å representere en antitese til den dominerende medisinske modellens tese. Det var påkrevd at den systemiske antitesen framsto med noe særegent i opposisjon til det etablerte, og det krevde mot og styrke å skulle tale ortodoksien midt imot, altså mot det som den gang ble sett på som den rette måten og tenke og handle på. Dette var utvilsomt nødvendig den gang. I lys

av dialektisk utvikling reiser vi imidlertid spørsmål hvorvidt systemisk teori fortsatt er å anse som en antitese, om den har inngått i en syntese, alternativt om den nå utgjør en egen tese? Vi ser det som naturlig at de særtrekk som vi gjennom antitesen har dyrket fram skal forsvares og tydeliggjøres. Gjennom dette har det systemiske fagfeltet fått betydelig anerkjennelse fra og påvirkning på tilgrensende fagfelt. Men risikoen er at vi kan bli like ortodokse med vår egen tese som dem vi opprinnelig protesterte mot med den følge at vi blir oppfattet som «outsidere» som ikke tas på alvor. Vi mener derfor vi er mest tjent med å se på hva som forener oss med andre disipliner, heller enn hva som skiller. Dette står ikke i motsetning til å være tydelig på hva som er vårt spesialområde, og hva vi dermed kan tilby som faglig spesifikt til nytte for våre klienter.

Det som kan motvirke risikoen for ortodoksi er at vi omfavner Maturanas idé om multivers (Mendez et al., 1988). Ideen om et multivers forplikter oss til å være inviterende, respektfulle og ydmyke overfor andre stemmer og historier. En konkret konsekvens av dette er å være nysgjerrig og åpen for kunnskap fra tilgrensende fagfelt som kan supplere, evt. korrigere egen oppfatning og praksis. Ikke minst gjelder dette å være orientert om den store forskningsaktiviteten som utøves både innen det systemiske feltet spesielt, og innen familieterapi og psykoterapifeltet generelt. For eksempel har vi har mye å hente fra kunnskap innen individualterapi: «Individual and family as a focus of treatment is not an “either-or” but a “both-and”» (Wampler et al., 2019, s. 5). Motvekten mot ortodoksi er også å tenke tverrfaglig og helhetlig: “To think systemically means that both research and practice embrace the ambiguity and complexity of the relative tasks involved in each and to embrace a larger whole” (Sexton, 2012, s. 62).

Systemisk praksis og sentrale føringer

Norsk lovgivning og offentlige retningslinjer vektlegger brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis (KBP) som sentrale føringer for god klinisk praksis (Helsebiblioteket, 2022a). Inspirasjonen til KBP er hentet fra prinsipperklæringen om «evidence based practice» til den amerikanske psykologforeningen (APA, 2006) og Norsk Psykologforenings (2007) tilsvarende «Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis». KBP integrerer kunnskap fra: (1) den beste tilgjengelige forskning, (2) klinisk ekspertise, og (3) klientens egenskaper, kultur og preferanser (Nordtvedt et al., 2012). Med «integrering» menes at alle tre kunnskapstypene ideelt bør anvendes i klinisk praksis. Men avhengig av formål og klinisk situasjon, kan noen av kunnskapstypene få fortrinn framfor de andre. I prinsipperklæringene poengteres det at kunnskapstypene forskning, klinisk ekspertise og klientens egenkunnskap ikke skal ha et indre hierarkisk forhold, samtidig som at klientens egenkunnskap i sterkere grad enn tidligere skal anerkjennes og anvendes. Dette er i samsvar med hva offentlige utredninger og behandlingsveiledere anbefaler om at reell brukermedvirkning best sikres ved å anvende rutinemessig tilbakemelding fra klientene (routine outcome monitoring - ROM) (Tilden & Ulvenes, 2021). Ettersom ROM blant annet vektlegger den betydning systematisk feedback kan ha for endring i selvregulerende systemer (Scheier & Carver, 2003), anses bruk av ROM å være en systemisk praksis (Tilden, akseptert; Tilden & Wampold, 2017). ROM er videre blitt anerkjent som kunnskapsbasert praksis (McHugh & Barlow, 2012) og som en fellesfaktor i psykoterapi (Norcross & Lambert, 2018). Innen KBP gis ikke forskjellige forskningsdesign ulik status siden en bør anvende det design som best kan besvare forskningsspørsmålet (Helsebiblioteket, 2022b). Dette er i kontrast til den foreldede hierarkiske kunnskapsforståelsen som definerte randomiserte kontrollerte studier som mest pålitelig kunnskap. KBP danner et godt grunnlag for mer praksisnær forskning der bruk av ROM inngår (Castonguay et al., 2021; Holmquist et al., 2015), og følgelig er ROM foreslått som

brobygger mellom en postmoderne tilnærming til terapi og empirisk validert praksis (Davies et al., 2019; Tilsen & McNamee, 2015). Slik praksisnær forskning i naturlige kliniske kontekster som involverer klinikere muliggjør at disse og forskere kan samarbeide godt, med gjensidig nytte og avhengighet. KBP gir derfor et viktig grunnlag for å minske fraksjonsdannelser mellom ulike forskningsdesign, for eksempel ved bruk av multimetodiske design (Solem, 2002).

Spriket mellom klinisk praksis og forskning

I begrunnelsen til de amerikanske og norske psykologforeningenes prinsipperklæringer (APA, 2006; Norsk psykologforening, 2007) vektlegges bekymringen om at det er et sprik mellom klinisk praksis og forskning. Dette gjelder innen psykoterapi generelt (Teachman et al., 2012) og systemisk praksis spesielt (Pinsof & Wynne, 2000). Det problematiske med et slik sprik er at praktikere og forskere orienterer seg i ulike retninger og har liten kontakt med hverandre, og følgelig med et begrenset gjensidig læringspotensial. Dermed blir klinikernes kunnskap lite påvirket av forskning, og forskerne har for liten samhandling med klinikerne til å kunne formulere klinisk relevante forskningsspørsmål. KBP, herunder bruk av ROM og praksisnær forskning, er derfor foreslått som virkemidler for å øke samhandling mellom forsker og kliniker. For systemisk praksis tror vi imidlertid at KBP ikke er tilstrekkelig for å redusere dette spriket, jevnfør ulik grunnlagstenkning og vår foreslåtte inndeling av fem kategorier av systemiske praktikere. Dette fordi store deler av det systemiske feltet er inspirert av sosialkonstruksjonistiske ideer, jevnfør Harlene Anderson³ (2016; 2019), der det uttrykkes skepsis til kvantitativ forskning. Isteden vektlegger hun nytten av ideografisk

³ Vi er klar over at sosialkonstruksjonisme ikke er et entydig begrep og at ulike forfattere kan ha noe ulik vinkling. Når vi velger ut Harlene Anderson som representant for sosialkonstruksjonisme i denne artikkelen er det fordi vi erfarer at hennes samarbeidende dialogiske tilnærming har fått stor plass i Norge og at hennes syn får uheldige følger for målet om vitenskapeliggjøring av vårt fagfelt.

kunnskap, dvs. kvalitativ, lokal «innside»-kunnskap om personens levde erfaringer, opplevelser og hvilke meninger og tolkninger som tillegges disse. Slik kunnskap betraktes som språklig skapt og fanges primært opp ved for eksempel å etterspørre klientenes opplevde nytteverdi av terapi, hvor denne kunnskapen inngår i den kliniske praksis: «Authorative discourses from this perspective give way to knowledge constructed on the local level that has practical relevance for the participants involved» (Anderson, 2016, s. 185). Konsekvensen av Andersons ontologiske posisjon overfor epistemologi blir en preferanse for visse typer kunnskap og måter denne er framskaffet på. Følgelig foretrekker hun kvalitative forskningsdesign, mens kvantitative tilnærminger blir sett på som mindre nyttige for faget. En slik holdning er, som nevnt, i strid med anerkjent metodelære (Helsebiblioteket, 2022b) fordi en lar sin egen preferanse for forskningsdesign være styrende premiss, noe som innebærer en favorisering og diskriminering av forskningsmetoder. Dette ser vi som prinsipielt problematisk siden metodelæren er tydelig på at en skal anvende det designet som er best egnet for å besvare forskningsspørsmålet, ikke motsatt. Andersons (2016; 2019) påvirkning på det systemiske feltet innebærer derfor en risiko for at spriket mellom klinisk praksis og forskning opprettholdes ved at klinikere og forskere inntar ulike posisjoner for hva en anser som nyttig og relevant kunnskap og hvordan slik kunnskap skapes.

Vi antar at Anderson ville forsvart sin anbefaling med at det vi som familierapeuter er mest interessert i og tillegger størst klinisk relevans, er klienters opplevelser, følelser, meninger, «deres indre livsverden». Og følgen for en forskningstilnærming som best kan fange opp en slik individuell variasjon er da å møte den enkelte klient ansikt til ansikt med et kvalitativt forskningsdesign, i motsetning til bruk av kvantitative, standardiserte spørreskjemaer. Konsekvensen av denne anbefalingen er at forskning som utføres innen denne del (spesielt innenfor samarbeidende dialogisk praksis) av familierapifeltet blir

dominert av kvalitative design, noe vi ser som uheldig. Vi kunne komme med mange eksempler på hvordan kvantitative design gir nyttig klinisk kunnskap med relevans på individnivå, men dette er ikke vårt hovedfokus her. Dette fordi vi ikke godtar premisset om at det skal være en dikotomi mellom ulike forskningsdesign. Å fastholde en slik dikotomisk tenkning er utdatert og uhensiktsmessig ettersom den definerer noen former for kunnskap som mer verdt og nyttige enn andre. Noe som også står i motsetning til KBP. En oppdatert forståelse er å se på ulike forskningsdesign som likeverdige varianter på en glideskala.

Andersons samarbeidende-dialogiske praksis (2016; 2019) har blitt en viktig inspirasjonskilde for flere utdanningsinstitusjoner i vårt fagfelt. Hennes holdninger har derfor betydelig påvirkning i utdanningen av systemiske praktikere og fører til at mange studenter og klinikere får en negativ oppfatning av mye av den kunnskapen som er relevant for systemisk praksis. Dette er problematisk. Vi er de første til å minne om at funn fra kvantitative studier må tolkes og anvendes med forsiktighet og forbehold, for eksempel at det ikke er automatikk i at funn på gruppenivå nødvendigvis er relevant for den enkelte. Dette vil de fleste kvantitative forskere være enige i. Flere av oss som har medvirket til denne artikkelen er både kvantitativt og kvalitativt orienterte forskere, med blant annet erfaringer fra bruk av blandede design (mixed method, eller metodetriangulering). Med andre ord ser vi ikke dette temaet utelukkende fra et kvantitativt ståsted. Det som gjør oss bekymret er dersom en av prinsipielle grunner har bestemt seg for at funn fra kvantitative studier er unyttige eller irrelevante for det systemiske fagfeltet. Følgen er at studenter og systemiske praktikere blir negativt innstilt til både å gjøre seg kjent med og anvende slik kunnskap klinisk, og de får lite eller mangelfull trening i å delta i eller gjennomføre kvantitative studier. Anderson (2016; 2019) framholder at hun ikke vil avstå fra å dele kunnskap med klienten dersom klienten ønsker det. Ut fra den overnevnte dikotomiske ideen blir det da spørsmål om hvilken kunnskap den systemiske praktikerens i utgangspunktet har

gjort seg kjent med eller ikke. Med andre ord risikerer klinikerer å kun besitte kunnskap fra enkelte utvalgte deler av fagfeltet. Følgelig kan det systemiske fagfeltet få store vansker med å bli anerkjent som akademisk disiplin fra andre akademiske fagfelt fordi en slik dikotomisk holdning kan oppfattes som uvitenskapelig. En mengde relevant forskning vil med en slik holdning ikke bli vektlagt som klinisk nyttig og relevant, med det resultat at spriket mellom klinikere og forskere vil bli opprettholdt. Og av disse grunnene vil klienter kanskje ikke få nødvendig hjelp.

Det er mulig å forstå Andersons skepsis gitt at hun tolker kvantitativ forskning som utelukkende positivistisk. Vitenskapelig virksomhet forstås innen positivismen som en objektiv, verdinøytral og interessefri aktivitet uavhengig av subjektiv fortolkning og samfunnsmessige forhold. I henhold til et positivistisk syn på vitenskapen lar forskningsobjektet seg avdekke gjennom sanseerfaring. Forholdet mellom den erkjennende og det som erkjennes, problematiseres ikke. Dette står i motsetning til en hermeneutisk-fenomenologisk tilnæringsmåte hvor nettopp forholdet mellom subjekt og objekt, og forskerens føringer i vitenskapen tas opp (Sletnes, 2022). En slik tolkning av vitenskapen danner grunnlag for å framstille kvantitativ og kvalitativ forskning som dikotome tilnæringer. Følgelig vil systemiske praktikere lett ta avstand fra kvantitativ forskning fordi det oppfattes å tilhøre en vitenskapstradisjon de hverken identifiserer seg med eller ser nytten av. Vi tar ikke en prinsipiell avstand fra positivismen. Det er fordi kvantitativ forskning må innlemmes som ett av flere berettigede design når dette er den beste framgangsmåten for å besvare forskningsspørsmålet (postpositivistisk forståelse). Og kvantitativ tilnærming er ikke alltid positivistisk (se for eksempel Escudero et al., 2012; Tilden et al., 2020). Det finnes en mengde kvantitativ forskning innen vårt felt med naturalistiske og klinikk-nære design, for eksempel i kombinasjon med kvalitative design, som gir viktig og klinisk relevant kunnskap (se for eksempel Anker et al., 2009; Christenson

& Gutierrez, 2016; Whittaker et al., 2022). All forskning, uavhengig av metode, innebærer en bevissthet om selv-posisjonering fra forsker i forhold til fenomenet som studeres (Davies, 1990; Stokkebekk, 2022). En kvantitativ tilnærming er ikke til hinder for at en systemisk forsker både utviser metodisk disiplin og refleksivet i tråd med en 2. ordens systemisk forståelse (Stanton & Welsh, 2012).

Interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme

Systemisk praksis har vokst fram som en del av postmodernismen, og mange systemiske praktikere har i særlig grad omfavnet en sosialkonstruksjonistisk forståelse. Vi deler langt på vei et slikt perspektiv. Men, det er også sentrale deler av denne vi ikke gir vår tilslutning til. Vi skjønner for eksempel at en innen samarbeidende dialogisk tilnærming har forståelsen av at en kan snakke om vansker på en slik måte at problemet «løser seg opp». En slik tilnærming har imidlertid klare begrensninger gitt at en møter på situasjoner der en blir kjent med handlinger som krever noe annet. For eksempel diskuterer Hacking (1999) og Solem (2011) at selv om begrepet eller ideen om barnemishandling er sosialt konstruert, er fenomenet likevel en realitet for det enkelte barn som blir, eller har vært mishandlet. Med andre ord vil ikke tenkningen og tilnærmingen om språket som virkelighetsskapende være tilstrekkelig - det kan i verste fall bety unnfalighet. Den systemiske praktiker trenger da en annen type kunnskap ut fra erkjennelsen av barnemishandling som reelt fenomen, dets reelle skadevirkninger, og behandlingstilnærminger både overfor barnet, overgriperen, og familien. En slik tilnærming er i overensstemmelse med *kritisk realisme* som vitenskapsteoretisk posisjon, da den samtidig inkluderer en forståelse for at den sosiale verden er sosialt konstruert (Bhaskar, 2010; Bhaskar & Danermark, 2006; Kjørstad & Solem, 2018; Sayer, 2011). Med utgangspunkt i kritisk realisme må systemiske praktikere anvende et dobbelt perspektiv hvor for eksempel diagnoser anses som sosiale

konstruksjoner, samtidig som en erkjenner at det også finnes barn og voksne med psykiske vansker. Et slikt både-og perspektiv innen kritisk realisme er en posisjon som også er i samsvar med *interaktiv konstruktivisme*⁴ (Pinsof & Lebow, 2005). Innen begge retninger antar en at det eksisterer en objektiv virkelighet, men at mennesket ikke fullt ut evner å fatte denne virkeligheten. Vi er i imidlertid i stand til å skape kognitive konstruksjoner av det vi oppfatter som virkeligheten, bestående av subjektive, personlige og interaksjonelle persepsjoner, oppfatninger, tolkninger og meningsdannelser. Og når vi deler våre oppfatninger med hverandre blir disse intersubjektivt sammenvevd som felles konstruksjoner av virkeligheten. Dette gjelder også at en innen kunnskapsproduksjon, herunder forskning, uansett design, ikke kan påberope seg en objektiv sannhet. Kunnskap innen sosial- og samfunnsvitenskap er ferskvare og vil alltid bli avløst av oppdaterte funn som avkrefter, bekrefter, utvider eller nyanserer tidligere resultater (Solem et al., 2008). Forskning har likevel den fordel at det er en form for systematisert kunnskapsproduksjon som er underlagt strenge kriterier for metode-etterlevelse, kritikk, etterprøvbarhet og transparens. Ved at forskningsfunn utveksles interaktivt med andre, bygges gradvis en kunnskapsbase som gis status som allmenne og pålitelige kunnskapsbidrag. Selv om en sannsynligvis aldri i de fleste tilfeller vil nå målet om objektiv sannhet, vil forskningen bestrebe seg på, gitt de forutsetninger, betingelser, forbehold og begrensninger forskningsmetodikken gir, å hele tiden komme så nært sannheten som mulig. Som uttrykt av Pinsof & Lebow (2005, s. 8):

«On one hand, the concept of interactive constructivism avoids the simplistic reductionism of logical positivism and the notion of scientific knowledge. On the other hand, it avoids the nihilistic relativism of radical constructivism⁵, which denies

⁴ Vi tolker dette som sammenfallende med dialektisk konstruktivisme (Greenberg & Angus, 2004).

⁵ «Radical constructivism» forstås av oss synonymt med sosialkonstruksjonisme.

the existence of an objective reality and the notion of progressive science. Interactive constructivism asserts that we can know objective reality, but that our knowledge is always partial and incomplete. It also asserts that science, as a set of rules for investigating and knowing objective reality, is the only way to determine the truth as best we can know it.”

Dette innebærer at interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme er vesensforskjellig fra relativismen som sår tvil om hvorvidt våre sanseoppfatninger er i stand til å oppfatte virkeligheten. Ifølge relativismen vil all kunnskap være feilbarlig og sosialt konstruert, noe som gjør det umulig å skille fakta og verdier. Innen interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme anvendes en rasjonell bedømmelse ut fra forklaringskraften som gjør at en kan ha gode grunner for å foretrekke én forklaring foran en annen.

Interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme skiller seg fra radikal konstruktivisme og sosialkonstruksjonisme ved at de sistnevnte betrakter kunnskap og læring som individuelle anliggender, noe som innebærer en forståelse av at kunnskap kun finnes og konstrueres inne i den enkeltes hode, påvirket av egne erfaringer (Glaserfeld, 1995). Selv om erfaringer kan inkludere samhandling med andre, vektlegger ikke radikal konstruktivisme sosial interaksjon som viktig for å søke felles forståelse og kunnskap. Interaktiv konstruktivisme er derimot eksplisitt på nødvendigheten av at mennesker med sine individuelle konstruksjoner trenger å utveksle og interagere med andre ved hjelp av våre mentale funksjoner. Med dette menes persepsjon, oppmerksomhet, hukommelse og tenkning via kultur, kontekst og språk for å kunne danne felles konstruksjoner.

Kritisk realisme er især opptatt av rettferdighet og etikk, og hvor en gjennom forskning tilstreber å få mer kunnskap som kan avdekke mekanismer som skaper sosial

urettferdighet og samfunnsskaptet risikofaktorer for den enkelte, slik at en som systemisk praktiker kan påvirke ved å igangsette endringsprosesser (Sayer, 2011). Å bidra til å avdekke sosial ulikhet som influerer på menneskers livskvalitet og helse er noe vi som yrkesutøvere er pålagt i henhold til Folkehelseloven (2012). Og ifølge Fellesorganisasjonens yrkesetiske grunnlagsdokument (2019) har sosialarbeidere et ansvar for å gi samfunnsmessig oppmerksomhet på forhold som skaper sosiale problemer og bidrar til sosial utstøting eller uverdige livsvilkår. Slik sett har kritisk realisme et mer eksplisitt fokus på forståelse av samfunnsmessige og strukturelle forhold enn interaktiv konstruktivisme. Kritisk realisme er kanskje mest anvendt overfor forskningsdesign og metodologi, mens interaktiv konstruktivisme er mer klinisk og praktisk rettet. Begge retningene deler samme grunnlagstenkning, og med sitt litt forskjellige blikk mener vi de utfyller hverandre på en god måte.

En praktisk konsekvens av interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme er viktigheten av å ikke i utgangspunktet låse seg til én bestemt måte å framskaffe ny kunnskap på. Ofte vil det være nødvendig med fleksibilitet mht. metodetilnærming, der en for eksempel i samme prosjekt kan anvende både kvalitative og kvantitative tilnærminger i ulike tidssekvenser eller delprosjekter. På samme måte som vi tenker at systemer har gjensidig påvirkning, vil også forskjellige metodetilnærminger kunne betraktes som gjensidig berikende, utfyllende og interagerende for at de sammen konstruerer den best tilgjengelige nye kunnskapen. Når det gjelder kunnskap framskaffet på gruppenivå (kvantitative design) velger en innen interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme å ha tiltro til at denne er verdifull for å bygge allmenn kunnskap.

Det integrative perspektivet i systemisk praksis

Anvendelsen av interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme sammenfaller med de senere års utvikling innen psykoterapi, hvor integrasjon (Norcross et al., 2013) og fellesfaktorer vektlegges (Norcross & Lambert, 2018). Som ledd i denne utviklingen har det også blitt presentert flere generiske teorier som søker å favne det som er felles for all psykoterapi, for eksempel Orlinskys (2014) 'The Generic Model of Psychotherapy' modell og Wampold og Budge (2012) sin kontekstuelle modell. Innen systemisk terapi er det Pinsof et al. (2018) sin Integrative Systemic Therapy (IST) vi anser som det mest omfattende og ambisiøse forsøket på å integrere mangfoldet av ulike teorier og intervensjonsstrategier inn i én metamodel.

Denne framveksten av integrative terapiretninger og teorier som har forekommet de siste tiårene (Norcross et al., 2013) har ført til at debatten om hvilke spesifikke modeller som er de mest effektive, har stilnet. Med bakgrunn i den femte kategorien av systemiske praktikere presentert innledningsvis og vårt ønske om å ivareta mangfoldet, ser vi en integrativ familiebehandlingstilnærming som egnet. Siden interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme hevder at en objektiv virkelighet eksisterer, men at hvordan vi persiperer den er et resultat av utveksling mellom subjekter og deres omgivelser, egner denne epistemologiske holdningen seg godt til å være et fundament for de integrative relasjonelle og systemiske terapiene. For eksempel tilrettelegger IST (Pinsof et al., 2018) for å anvende intervensjonsstrategier fra et mangfold av behandlingstilnærminger. Den vellykkede teoretiske integrasjon av disse i IST er et resultat av at potensielle forskjeller mellom de integrerte modellene er forsonet (Castonguay et al., 2015). Dette betyr at det er en bevissthet omkring de underliggende antakelsene (epistemologi og ontologi) som gjør det mulig å forsonne ulikheter mellom modeller eller eventuelt gjør en oppmerksom når det ikke er mulig. En godt fundamentert integrativ modell, som for eksempel IST, gir den systemiske praktikerer konkrete retningslinjer om hvordan intervensjonsstrategier fra ulike behandlingstilnærminger kan implementeres i behandling. Slike retningslinjer sørger for at

intervensjoner som anvendes er empiri-informert og at strukturen for behandlingen opprettholdes selv når tilpasninger gjøres underveis for å imøtekomme klientens behov.

Vi trenger kritisk realisme i systemisk praksis

Vi vurderer at sosialkonstruksjonistisk forankring, med henvisning til Andersons (2016; 2019) samarbeidende-dialogiske praksis, blir begrensende for systemisk praksis.

Begrensende ved at den har en smal og puristisk forståelse av hvilke typer kunnskap som vurderes som gyldige eller nyttige for systemisk praksis, og følgelig blir tilgangen til potensielt viktig kunnskap redusert. All kunnskap kan være nyttig, avhengig av formålet. Vi finner interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme som spesielt egnede for systemisk praksis, da det må være klientens behov (eller forskningsspørsmålet) som er bestemmende for valg av kunnskap (eller forskningsdesign). Ikke terapeutens prinsipielle preferanser. Siden systemisk praksis i svært sterk grad er opptatt av å ta hensyn til klientens ønsker, behov, mål og foretrukne midler for å nå målet, synes vi det er oppsiktsvekkende at den sosialkonstruksjonistiske tilnærmingen (à la Anderson, 2016) vektlegger så sterkt den systemiske praktikers egen vitenskapsfilosofiske preferanse som innebærer en uttrykt skepsis til nomotetisk kunnskap.

Siden vårt premiss i denne artikkelen er KBP (APA, 2006; Norsk Psykologforening, 2007), finner vi at dette samsvarer med interaktiv konstruktivisme og kritisk realisme (Solem et al., 2008). For eksempel framholdes det som én av flere fellesfaktorer at klinikerens bør være faglig oppdatert, herunder også på forskningsevidens (Tilden & Vrabel, 2021). Innen KBP har klinikerens en frihet i valg av faglig retning en ønsker å oppdatere seg på. Til forskjell fra sosialkonstruksjonisme, gir ikke interaktiv konstruktivisme og kritisk

realisme føringer for hvilken type kunnskap som anbefales eller argumenteres som nyttig og relevant.

Avslutning

Vi har i denne artikkelen drøftet det vi oppfatter som den marginaliserte posisjonen til systemisk praksis i lys av den opprinnelige 2008-artikkelens temaer. Vi konkluderer med at en sosialkonstruksjonistisk tilnærming ikke er tilstrekkelig. Ja, endog begrensende for den kunnskap vi trenger overfor utfordringene vårt felt står foran, slik som politiske, ideologiske og økonomiske krefter som både driver og støtter utviklingen av ideologier og epistemologiske posisjoner.

Selv om det systemiske fagfeltet bygger på et imponerende arbeide fra teoretiske giganter, er verden i rask endring og vilkårene for systemiske praktikere har endret seg dramatisk. Den nye generasjon av familieterapeuter må forholde seg til helt andre utfordringer og spørsmål enn tidligere. Psykoterapi, herunder systemisk praksis, blir i dag vurdert ut ifra vitenskapelige kriterier - kriterier som for eksempel sosialkonstruksjonismen har uttrykt skepsis mot (Anderson, 2016, 2019; Lock & Strong, 2014). Vi finner derfor kritisk realisme som et viktig bidrag for å avdekke og bevisstgjøre oss slik påvirkning og hvordan dette bør nedfelle seg både i type kunnskap vi tilegner oss, kunnskap vi bidrar til å skape, samt nødvendige tiltak på ulike systemnivå. Likeledes finner vi interaktiv konstruktivisme som en svært godt egnet tilnærming fordi den så eksplisitt tilrettelegger for å anvende kunnskapsbasert praksis innen et integrativt paradigme.

Å tydeliggjøre for oss selv og formidle til andre hvilke vitenskapsteoretiske og -filosofiske premisser vi legger til grunn for det å være systemiske praktikere, tror vi vil bidra til økt forståelse og aksept for forskjellene som finnes oss imellom. Vår spådom om den

videre utvikling av systemisk praksis kan derfor fortone seg som et paradoks. Et paradoks hvor den beste måten å beholde «systemisk praksis» som noe samlende og enhetlig, er å tydeliggjøre og anerkjenne dens forskjeller. Dette innebærer å oppmuntre til at systemiske praktikere lar seg inspirere av relevant forskning, ulike teoretiske retninger, vitenskapsfilosofi, metateorier og erfaringer med modellspesifikke tilnærminger. På samme tid som klientenes stemme gis betydelig plass. Det er dette som til sammen utgjør nettopp det å drive kunnskapsbasert praksis.

Referanser

Anderson, H. (2016). Postmodern/poststructural/social construction therapies. I T.L. Sexton & J. Lebow (Red.), *Handbook of family therapy* (s. 182-204). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9780203123584-10>

Anderson, H. (2019). Samarbeidende dialogisk praksis. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i Familieterapi* (s. 199-212). Fagbokforlaget.

Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704. <https://doi.org/10.1037/a0016062>

APA (2006). American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Bhaskar, R. (2010). *Reclaiming Reality: A critical Introduction to Contemporary Philosophy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203843314>

Bhaskar, R. & Danermark, B. (2006). Metatheory, Interdisciplinarity and Disability Research. A Critical Realist Approach. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(4), 278-297. <https://doi.org/10.1080/15017410600914329>

- Becvar, D.S. & Becvar, R.J. (2009). *Family therapy: A systemic integration* (7th ed.). Pearson.
- Christenson, J. & Gutierrez, D. (2016). Using quantitative, qualitative, and mixed methods research to promote family therapy with adolescents in residential settings. *Contemporary Family Therapy* (38), 52-61. <https://doi.org/10.1007/s10591-016-9374-x>
- Castonguay, L.G., Barkham, M., Youn, S.J. & Page, A.C. (2021). Practice-Based Evidence. Findings from Routine Clinical Settings. I M. Barkham, W. Lutz. & L.G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 7. utg., (s. 191-222). John Wiley & Sons Inc.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C. & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x>
- Davies, S.D. & Hsieh, A.L. (2019). "What Does it Mean to be a Common Factors Informed Family Therapist?" *Family Process* 58(3), 629-640. <https://doi.org/10.1111/famp.12477>
- EFTA, MINIMUM TRAINING STANDARDS <https://efta-tic.eu/minimum-training-standards/>
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M.L. (2012). Alliance rupture and repair in conjoint family therapy: an exploratory study. *Psychotherapy (Chic)* 49(1), 26-37. <https://doi.org/10.1037/a0026747>

- Fellesorganisasjonen (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument 2019-2023 for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet fra internett 19.07.2022: <https://www.fo.no/yrkesetikk/fo-yrkesetisk-grunnlagsdokument-2019-2023>
- Friedlander, M.L., Heatherington, L. & Diamond, G.M. (2021). Systemic and conjoint couple and family therapies: Recent advances and future promise. I M. Barkham, W. Lutz. & L.G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 7. Utg, (s. 539-581). John Wiley & Sons Inc.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget.
- Glaserfeld, E. von (1995). *Radical constructivism. A way of knowing and learning*. Routledge.
- Greenberg, L.S. & Angus, L.E. (2004). The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy: A dialectical constructivist approach. I L. E. Angus & J. McLeod (Red.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (s. 331–349). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412973496.d25>
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Helsebiblioteket (2022a). Hentet fra Internett 31.01.2022: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket (2022b). Hentet fra Internett 1.02.2022: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Hentet fra internett 19.07.2022: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Holmquist, R., Phillips, B. & Barkham, M. (2015). Developing practice-based evidence: Benefits, challenges, and tensions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 20-31.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.861093>

Kjørstad, M. & Solem, M-B. (2018). *Critical Realism for Welfare Professions*. Routledge *Advances in Social Work*. Routledge.

Lock, A. & Strong, T. (2014). *Sosialkontruksjonisme. Teorier og tradisjoner*.

Fagbokforlaget.

Lorås, L., Bertrando, P. & Ness, O. (2017). Researching systemic therapy history: In search for a definition. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(2), 134-149

<https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1285656>

McHugh, R.K. & Barlow, D.H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence based psychological interventions*. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195389050.001.0001>

Mendez, C.L., Coddou, F. & Maturana, H. (1988). The bringing forth of pathology. *The Irish Journal of Psychology*, 9(1), 144-172.

<https://doi.org/10.1080/03033910.1988.10557711>

Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2018). Psychotherapy relationships that work III.

Psychotherapy, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

Norcross, J. C., Pfund, R. A. & Prochaska, J. O. (2013). Psychotherapy in 2022: A Delphi poll on its future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(5), 363–

370. <https://doi.org/10.1037/a0034633>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Cappelen Damm Akademisk.

- Sexton, T.L. (2012). The challenges, focus, and future potential of systemic thinking in couple and family psychology. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 61-65.
- Sletnes, K.B. (2022). *Positivism* i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 17. mars 2022 fra <https://snl.no/positivisme>
- Solem, M-B. (2002). Å ta empirien med en klype salt: Sentrale problemer i familieforskning i barne- og ungdomspsykiatrien. *Fokus på familien*, 30(1) s. 34-45.
<https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2002-01-04>
- Solem, M-B. (2011). *Parenting Stress and Coping Practices. A Salutogenic Approach*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Solem, M-B, Tilden, T. & Thuen, F. (2008). Å ta empirien på alvor: Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere? *Fokus på familien* 36(2), 88-106.
<https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2008-02-03>
- Stanton, M. & Welsh, R. (2012). Systemic thinking in couple and family psychology research and practice. *Couple and family psychology: research and practice*, 1(1), 14-30.
- Stokkebekk, J. (2022). *Navigating Prolonged Conflict: Subject positions and meaning constructions in postdivorce families*. UIB. PhD avhandling.
<https://hdl.handle.net/11250/2996343>
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie* [The efficacy of systemic therapy/family therapy]. Hogrefe.
- Teachman, B.A., Drabick, D.A.G., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B.E. & Goldfried, M.R. (2012). Bridging the gap between clinical research and clinical practice: Introduction to the special section. *Psychotherapy*, 49(2), 97-100 <https://doi.org/10.1037/a0027346>
- Tilden, T. (akseptert). En forskjell som gjør en forskjell v.2.0. *Fokus på familien*.

- Tilden, T. (2022). Hva med et bedre begrep? Kommentar til Holmberg og Sundts artikkel i Fokus 4/21 om «ikke-vitende posisjon». *Fokus på familien*, 50(1), 74-77.
<https://doi.org/10.18261/fokus.50.1.7>
- Tilden, T., Theisen, M., Wampold, B.E., Johnson, S.U., & Hoffart, A. (2020). Individual distress and dyadic adjustment over the course of couple therapy and three-years follow-up: A replication study. *Psychotherapy Research*, 30(3), 375-386.
<https://doi:10.1080/10503307.2019.1645369>
- Tilden, T. & Ulvenes, P.G. (2021). Bruk av tilbakemeldingssystem. I P-E. Binder, L. Lorås, og F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 73-88). Fagbokforlaget.
- Tilden, T. & Vrabel, KA. (2021). Fellesfaktorer i psykoterapi. I P-E. Binder, L. Lorås, og F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 89-103). Fagbokforlaget.
- Tilden, T. & Wampold, B.E. (Red.) (2017). *Routine outcome monitoring in couple and family therapy. The empirically informed therapist*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-50675-3>
- Tilsen, J. & McNamee, S. (2015). "Feedback Informed Treatment: Evidence-Based Practice Meets Social Construction." *Family Process* 54(1), 124-137.
<https://doi.org/10.1111/famp.12111>
- Tranøy, K.E. (2022). Dialektikk. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra Internett 28.06.2022:
<https://snl.no/dialektikk>
- Wampler, K.S., Blow, A.J., McWay, L.M., Miller, R.B. & Wampler, R.S. (2019). "The Profession of Couple, Marital, and Family Therapy (CMFT): Defining Ourselves and Moving Forward." *Journal of Marital Family Therapy*, 45(1), 5-18.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12294>
- Wampold, B.E. & Budge, S.L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship – and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy.

The Counseling Psychologist, 40(4), 601-623.

<https://doi.org/10.1177/0011000011432709>

Whittaker, K., Johnson S. U., Solbakken O., Tilden, T. (2022). Treated together –Changed together: The application of Dyadic Analyses to understand the reciprocal nature of Alliances and Couple Satisfaction over time. *Journal of Marital and Family Therapy*, (1-16). <https://doi.org/10.1111/jmft.12595>

Forfatterinformasjon:

Terje Tilden, PhD, seniorforsker, Forskningsinstituttet, Modum Bad, e-post:

terje.tilden@modum-bad.no

May-Britt Solem, professor emerita, Oslo Met, e-post: maybr@oslomet.no

Frode Thuen, professor, Høgskulen på Vestlandet, e-post: frode.thuen@hvl.no

Lennart Lorås, professor, Høgskulen på Vestlandet, e-post: lennart.loras@hvl.no

Jan Stokkebekk, Phd, Spisskompetansemiljø for vold og høykonflikt, Bufetat, region øst, e-post: jan.stokkebekk@bufetat.no

Kristoffer Whittaker, psykolog, PhD-kandidat, e-post: Kristoffer.Whittaker@modum-bad.no