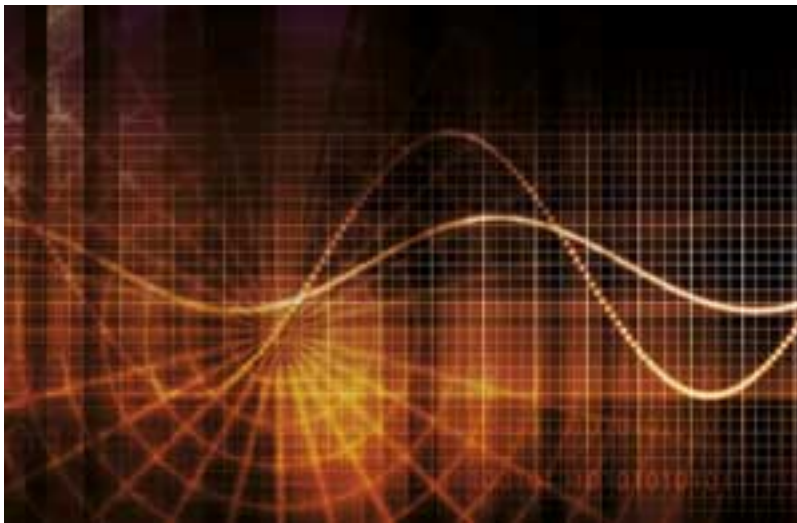


Evidensbasert psykologisk praksis i praksis

Rune Flaaten Bjørk
psykologspesialist, PhD og førstelektor

Simon-Peter Neumer
Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP)
simon-peter.neumer@r-bup.no

Forskningsbasert klinisk praksis handler dypest sett om faglig fordypning som gjør klinikeren i stand til å vurdere empiri kritisk og vurdere effekten av evidensbaserte tiltak i egen praksis.



MONITORERING: Det er behandlende psykologs ansvar å følge behandlingsmanualen og tilpasse behandlingen individuelt til klienten. Behandlingen justeres i tråd med klientens fremgang eller tilbakegang. Foto: Yay micro.

Therapy is the experience in which I can let myself go subjectively. Research is the experience in which I can stand off and try to view this rich subjective experience with objectivity, applying all the elegant methods of science to determine whether I have been deceiving myself.

Carl Rogers, 1961, s. 14

Integrering av forskning i klinisk praksis debatteres kontinuerlig. En påstand har vært at klinikerne ikke praktiserer det forskerne finner effektivt. En annen har vært at forskerne mangler informasjon om sentrale problemstillinger i klinikk. I de siste ti åra har spørsmålene rundt evidensbasert praksis (EBP), senere omtalt som evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), stått sentralt i debatten. Blant annet omtaler Oddli og Kjøs (2009) behovet for retningslinjer for psykologisk praksis som en løgn, da klinikere flest ikke jobber strukturert likevel. Kritikken blir kraftig imøtegått av Kennair (2009), som mener at norske psykologer ville hatt større innflytelse innenfor psykisk helsevern om de hadde forholdt seg til metodene som virker, i stedet for å finne opp kruttet på nytt hver time.

KASUS

Anette (15) har fått diagnostisert virus på balansenerven. Hun har sluttet å gå på skolen grunnet kvalme og svimmelhet. Anette nå er redd for «alt» som befinner seg utenfor husets fire vegger. Så lenge mor, far eller mormor er i nærheten, er hun ikke redd. Anette har mange «vondter i kroppen» og er mye anspent. Mor er åpen om at hun selv har hatt angst og tenker at Anettes svimmelhet er angstrelatert. Anette får diagnosen agorafobi med panikk som hoveddiagnose. Anette er del av en jentegjeng som er støttende og svært positiv for henne.

Silje (12) år har sluttet å gå på skolen og har også begynt å kvie seg for å være alene hjemme. Hun er redd for å bli kvalm og kaste opp. Når Silje er sammen med mor, er hun ikke redd for å kaste opp. Silje har hele livet vært svært knyttet til moren og sjelden vært borte fra henne. De første timene er det helt uaktuelt for Silje å være alene med behandleren på BUP. Foreldrene omtaler Siljes redsel som panikk. Silje får likevel separasjonsangst som hoveddiagnose. På dette tidspunktet går Silje knapt ut av huset. Silje har lite sosialt nettverk på skolen og kun én venninne som hun kommuniserer med pr. telefon og på Internett.

Anklager om løgn vitner om et hett debattklima. Ordskiftet bærer preg av at fagfolk velger side istedenfor å bygge bro, som om det vesentlige spørsmålet er hvorvidt man er FOR eller MOT evidensbasert praksis. Som Oddli og Kjøs (2009) er inne på, mangler imidlertid psykologer et samstemt språk for å legitimere egen praksis. En måte å legitimere psykologisk praksis på er gjennom RCT-studier (randomiserte kontrollerte studier). RCT-designen er hentet fra medisinsk forskning for å dokumentere effekten av psykologisk behandling og dukker stadig opp som et tema når evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) diskuteres. Ofte forveksles eller likestilles EBPP med RCT. Sannsynligvis har dette å gjøre med forvirring omkring den gjeldende definisjonen av evidensbasert psykologisk praksis. American Psychological Association (APA) brukte tidligere begrepet «empirisk validerte» metoder om RCT-støttede behandlingsmetoder, men ble møtt med kritikk og erstattet det med «empirisk støttede» metoder. Som en følge av dette har begrepene empirisk validerte, empirisk støttede og evidensbaserte metoder blitt brukt om hverandre. En vanlig kritikk mot evidensbaserte metoder er at de er lite gjennomførbare i hverdagens kliniske praksis, samt at evidens fra RCT-studier er ugyldig fordi den baserer seg på selekterte populasjoner med begrensede problemer (Nock et al., 2004; Chorpita, 2003).

Sentralstyret i Norsk Psykologforening vedtok i januar 2007 en prinsipperklæring (NPF, 2007), basert på Levants *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence Based Practice*. Rapporten erstatter termen EBP med EBPP, som defineres slik:

Klinikerens oppgave er å vurdere evidens nøkternt og kritisk på et vitenskapelig grunnlag. Dernest må evidens vurderes opp mot hva som i praksis er mulig å gjennomføre ved klinikken

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.

Norsk Psykologforening (2007)

Den kanskje aller største utfordringen er knyttet til psykologers ulike teorier og/eller ideologier om forskning og behandling. Ulike skoleretninger har forskjellig syn på diagnoser og teorier om endring. Det er derfor gledelig at Psykologforeningens prinsipperklæring om EBPP (NPF, 2007) favner

bredt i den forstand at den omfatter individuelle kasesfortellinger, prosessutfallsstudier og kliniske eksperimenter, så vel som RCT-studier.

Vi vil i det følgende demonstrere hvordan EBPP kan se ut i praksis. Vår tilnærming tar utgangspunkt i Alan Rubins (2008) *Practitioner's Guide to Using Research for Evidence-Based Practice*. Her beskriver han hvordan forskningsbasert klinisk praksis handler om langt mer enn lettvinde litteratursøk på best dokumenterte behandling. Ifølge Rubin handler evidensbasert praksis dypest sett om faglig fordypning. Han omtaler dette som en EBPP- prosess bestående av fem trinn som gjør klinikerer i stand til å vurdere empiri kritisk og vurdere effekten av evidensbaserte tiltak i egen praksis. Med utgangspunkt i to kliniske kases fra BUP (se tekstboks) vil vi i det følgende presentere Rubins modell.

Første trinn: Formuler et EBP-spørsmål

Rubin (2008) foreslår at EBP-prosessen tar utgangspunkt i ett av følgende EBP-spørsmål: Hvilke intervensjoner eller behandlingssopplegg har best effekt? Hvilke faktorer i behandlingen predikerer fordelaktig/ufordelaktig utfall? Hvordan oppleves det å ha hatt de erfaringer klienten har hatt? Hva slags utredningsverktøy bør jeg bruke? Både Silje og Anette tilfredsstiller symptomer på angst og skolevegring i utredningsverktøyet Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) (Silverman & Albano, 1996). Spørsmålet vi stiller oss i begynnelsen av behandlingen, er derfor: Hva slags behandlingsmetoder har vist seg å være til hjelp for ungdom med angst?

Andre trinn: Søk etter beste evidens for å besvare EBP-spørsmålet

Databasen PsycINFO er tilgjengelig via helsebiblioteket.no. Et søk på *Evidence Based Practice Anxiety* genererer over 1190 artikler. I en relevant artikkel gjennomgår forfatterne (Ginsburg & Kingery, 2007) status for behandling av angst hos barn og unge. Artikkelen henviser til RCT-studier som viser at kognitiv atferdsterapi (KAT) er mest effektivt. De foreslår kognitiv atferdsterapi som behandling når: 1) angst er primær diagnose, 2) eventuelle komorbide tilstander ikke vil stå i veien for behandlingen, 3) familiepsykopatologi ikke vil undergrave behandlingen, 4) og klient og familie er motiverte til å ta imot behandling. Vi hadde fra før god erfaring med kognitiv atferdsterapi ved angst, spesifikt behandlingsmanualen *Coping Cat* for barn (Kendall & Hedtke, 2006a; Kendall & Hedtke, 2006b), som på norsk har fått tittelen *Mestringskatten* (Kendall, Martinsen & Neumer, 2006c). *Mestringskatten* følger Ginsburg og Kingerys (2007) modell for behandlingen. Nyere studier tyder på at *Coping Cat* er effektiv i behandlingen av angst (Walkup et al., 2008). Ungdomsversjonen, kalt *The C.A.T. Project* (Kendall, Choudhury, Hudson, & Webb, 2002a; Kendall, Choudhury, Hudson, & Webb, 2002b), er det forsket mindre på enn på barneverjonen (Kendall, Choudhury, Hudson & Webb, 2002a, 2002b).

Tredje trinn: Å vurdere evidens kritisk

Ginsburg & Kingerys (2007) review-artikkel er hentet fra et seriøst vitenskapelig tidsskrift der forfatterne systematisk gjennomgår en rekke RCT-studier for behandling av angst hos barn og unge. RCT-studier kjennetegnes av selekterte forsøkspersoner, fokuserte intervensjoner, randomisering til behandlings- og kontrollgruppe, uavhengig evaluering og utførlige statistiske metoder (Chorpita, 2003). Dette gjør at man med en rimelig grad av forskningsmessig sikkerhet kan konkludere omkring

effekten av terapien. RCT-designen blir derfor ofte omtalt som en gullstandard innenfor empirisk, kvantitativ forskning. Men siden studiene gjerne foregår under sterkt kontrollerte betingelser, er ikke resultatene uten videre generaliserbare til klinikk.

Det mekaniske synet på evidensbase er foreldet. Evidensbasering handler ikke om at praksis dikteres fra en liste over godkjente intervensjoner, og heller ikke gjennom direktiver fra myndighetene

Grovt sett opereres det med to hovedtyper empirisk, kvantitativ evidens; såkalte efficacystudier og effektivitetsstudier. Efficacystudiene sammenligner høyt manualiserte behandlingsmetoder, formidlet av utvalgte terapeuter, gjerne doktorander, på en selektert populasjon. Her finner vi de rene RCT-studiene. Effektivitetsstudier skiller seg fra efficacystudier ved at de undersøker behandlingseffekt på normale kliniske populasjoner i vanlig klinikk. I litteraturen er det en overvekt av efficacyforskning, og underskudd på effektivitetsstudier i klinikk (Chorpita, 2003). Ifølge Weisz og Grey (2008) er kun rett over 4 % av behandlingsstudiene på barn og ungdom utført i vanlig klinikk. Det er av den grunn et stort behov for flere effektivitetsstudier rundt omkring i klinikkene.

Klinikerens oppgave, ifølge Rubin (2008), er å vurdere evidens nøkternt og kritisk på et vitenskapelig grunnlag. Dernest må evidens vurderes opp mot hva som i praksis er mulig å gjennomføre ved klinikken. Terapeuten må selv fortløpende monitorere hvorvidt intervensjonen faktisk har den ønskede effekt i praksis, og tilpasse behandlingen dersom behandlingen ikke lykkes.

Fjerde trinn: Valg av intervensjon

Det mekaniske synet på evidensbase er foreldet. Evidensbasering handler ikke om at praksis dikteres fra en liste over godkjente intervensjoner, og heller ikke gjennom direktiver fra myndighetene. Valget av evidensbasert intervensjon må derfor sees i sammenheng med egen klinisk ekspertise og klientens preferanser, kliniske tilstand og omstendigheter.

Valget av intervensjon skal altså også ta utgangspunkt i terapeutens kliniske ekspertise. Vår tidligere erfaring med Mestringskatten og kognitiv atferdsterapi gjør The C.A.T. project – ungdomsversjonen av Mestringskatten – til et naturlig valg. The C.A.T. Project fantes kun tilgjengelig på originalspråket, og vi har derfor oversatt arbeidsboken til norsk under tittelen Prosjekt K.A.T. (Bjørk & Neumer, 2009).

Klinisk ekspertise omfatter dessuten terapeutens interpersonlige ekspertise. Med dette menes terapeutens evne til å etablere en terapeutisk relasjon, til å forstå og formidle verbale og nonverbale signaler, til å skape positive, men realistiske forhåpninger, og til å respondere empatisk på klientens erfaringer og bekymringer (Levant, 2005). Ifølge Rønnestad (2008) står interpersonlig ekspertise svært sentralt i APAs forståelse av evidensbasert praksis.

Ifølge Psykologforeningens prinsipperklæring om EBPP (NPF, 2007) er det behandlende psykologs ansvar å følge behandlingsmanualen og samtidig tilpasse behandlingen individuelt til klienten. Gjennom fortløpende monitorering av klientens fremgang (eller tilbakegang) justeres behandlingen (Rubin, 2008; NPF, 2007). Kendal, Gosch, Furr og Sood (2008) har lansert konseptet om *Flexibility Within Fidelity*. Ifølge forfatterne vil en fleksibel bruk av behandlingsmanualen innebære at man holder seg innenfor programmets struktur og tilpasser innholdet til klientens behov og karakteristika. Det vil i praksis si at man gjennomfører den første, psykoedukative, delen av Prosjekt K.A.T. relativt likt for alle, mens eksponeringsoppgavene, belønninger og foreldredeltagelse må

tilpasses den enkelte klient. Inngående kjennskap til metoden gjør det lettere for terapeuten å forholde seg fleksibelt til behandlingsmanualen.

Terapien med Anette gikk langt på vei «etter boka», selv om eksponeringsdelen av programmet ble tilpasset hennes panikklidelse ved å legge til eksponeringsøvelser som er spesifikke for panikk. Siljes behandling ble tilpasset adskillig mer enn Anettes, i hovedsak ved at terapien ble utvidet med et omfattende antall timer familierapi, så vel som individualterapi med fokus på identitet og selvrealisering.

Femte trinn: Gjennomføring og monitorering av behandlingen

Det femte trinnet i evidensbaseringsprosessen er kanskje også det aller viktigste. Det består i å gjennomføre terapien og monitorere klientens fremgang underveis. I vårt tilfelle foregikk monitoreringen ved at Siljes og Anettes deltagelse på skolen ble forløpende journalført. Vi monitorerte også fremgang underveis ved å sette opp viktige personlige mål for behandlingen. I tillegg ble Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001) benyttet for å måle endring før og etter Prosjekt K.A.T. Slike spørreskjemaer er utfordrende å bruke som monitoreringsverktøy, da de er omfattende å fylle ut. De gir også kun et begrenset inntrykk av terapieresultatet. Resultatene tyder på at Anette var vesentlig mindre plaget av angst i tidsrommet etter K.A.T.-behandlingen, mens det i Siljes tilfelle var mindre endring å spore (se tabell 1).

Tabell 1. Oppsummering av resultater fra terapiene med Anette og Silje		
Oppsummering av terapieresultat	Anette	Silje
ADIS	Agorafobi med panikk	Separasjonsangst
Skolefravær		
før Prosjekt K.A.T.	Totalt fravær i 2,5 md	Totalt fravær i 1 md
etter Prosjekt K.A.T.	Normalt	Delvis
Terapimål		
Deltagelse skole	Oppnådd	Oppnådd
Å ikke være med mor på jobb	–	Oppnådd
Deltagelse i konfirmasjon	Oppnådd	–
Symptomreduksjon CBCL	Oppnådd	–
Antall terapitimer		
Prosjekt K.A.T.	12	13
Familierapi	–	22
Individualterapi	–	9
Totalt	12	44

Monitorering skal gjennomføres både før, underveis i og etter behandlingen. Rubin (2008) omtaler denne formen for minimalistisk monitorering i klinisk praksis som et B+-design. I motsetning til den klassiske AB-forskningsdesignen mangler en B+ design en ekte baseline (vanligvis kalt fase A). Isteden gjennomfører man minst én måling før behandlingen begynner, og én eller flere målinger underveis i behandlingen (kalt fase B).

Anettes behandling med prosjekt K.A.T. kan betegnes som vellykket. Siljes tilbakeføring til skolen lyktes til sist delvis, takket være en mer omfattende behandling bestående av både familieterapi og individualterapi i tillegg til Prosjekt K.A.T.

Praktiske utfordringer

Monitorering av behandlingen står sentralt i EBPP, men dette viste seg å være en større utfordring å gjennomføre i praksis enn vi hadde forutsett. Det var utfordrende å samle inn kontinuerlig og pålitelig informasjon om deltagelse i skolen, og det er utfordrende for klienter å fylle ut samme spørreskjema gjentatte ganger. Det finnes en rekke skjemaer å velge mellom, men dagbokføring av utvalgte terapimål er kanskje det enkleste stedet å starte. Samtidig oppleves nok dette også mest relevant for klienten. Ved hjelp av relativt enkle grep kan dagbok føres ukentlig på terapeutens kontor. Selv om resultatene ikke er generaliserbare, gir monitorering nyttig informasjon om utfallet av egen klinisk praksis.

Et litteratursøk på nettet vil typisk generere atskillige treff på engelskspråklige behandlingsmanualer. I vårt tilfelle måtte arbeidsboken oversettes til norsk innenfor rammene av arbeidstiden på BUP. Ofte vil det være utfordrende å få tid til oversettingsarbeid i hverdagens kliniske praksis. Det er derfor ikke rimelig å anta at nye behandlingsmetoder lar seg implementere i behandlingsapparatet alene ved å ligge tilgjengelig på nett. En fornuftig vei mot EBPP i klinikk vil antagelig gå via praktisk opplæring i nye behandlingsmetoder i regi av sykehus, forsknings- og videreutdanningsinstitusjoner, administrert via spesialiserte fagteam i klinikken.

Tradisjonelt har BUP-psykologen vært generalist og har kunnet brukes til alt. I studiene av evidensbasert terapi er terapeutene som regel usedvanlig høyt trenede i den spesifikke metoden. Man blir ikke høyt trent i en metode av å lese om den. Omfattende veiledning og opplæring øker sjansene for suksess med en gitt behandling. Det er imidlertid begrensninger for hvor mange nye metoder den enkelte psykolog kan kurses i.

Den kanskje aller største utfordringen knyttet til EBPP i klinikk er relatert til psykologers ulike skoloring og teoretiske bakgrunn. Dersom man ønsker gehør for EBPP i klinikk, bør det tas høyde for at psykologer har ulik faglig forankring. Debatten omkring EBPP kan forstås i lys av at ulike behandlingstradisjoner er forankret i ulike posisjoner for erkjennelse. Grovt forenklet kan vi her trekke paralleller til diskursen mellom Platons og Aristoteles' to ulike filosofiske posisjoner, senere omtalt som universalistriden (Heyerdahl, 1993). Den platonske, rasjonalistiske posisjonen anser universalitet for å eksistere uavhengig av enkeltingene, mens den aristoteliske, empiriske posisjonen hevder at universalitet eksisterer iboende i tingene. Rasjonalistene hevder derfor at man kan oppnå viten om virkeligheten ved bruk av fornuft alene, mens empiristene hevder at all viten om virkeligheten stammer fra sanseerfaringene (Grøn et al., 1983). Psykologer har svært ulike oppfatninger om hva som kjennertegner sann viten om den terapeutiske virkeligheten.

Det er behov for et felles, integrerende psykologspråk. Opphetede anklager bidrar mest av alt til en fragmentering av psykologien. Uansett er det bra at EBPP-debatten engasjerer. Det er oppløftende at Psykologforeningens prinsipperklæring om EBPP favner om et bredt spekter av

behandlingsforskning. Prognosen bør være god for et mer harmonisk ordskifte om EBPP i tiden fremover.

Rune Flaaten Bjørk
 Juterudåsen 63A
 1341 SLEPENDEN
 Tlf.: 67 506 950
 E-post: rune.bjork@baerum.kommune.no

Referanser

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Chorpita, B. F. (2003) The Frontier of Evidence-Based Practice. I A. E Kazdin & J. R. Weisz. (red.), *Evidence Based Psychoterapies for Children and Adolescents* (s. 42–59). New York. The Guilford Press.
- Ginsburg, G. S & Kingery, J. N. (2007) Evidence-based Practice for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(3), 123–132.
- Grøn, A., Husted, J., Lübcke, P., Rasmussen, S. A., Sandøe, P. & Stefansen, N. C. (1983). *Filosofleksikon*. København: Zafari.
- Heyerdahl, G. B. (1993). Platon. I T. B. Eriksen (red.) *Verdens tenkere. Bind 1. Fra Homer til Milton*. Oslo: H.Aschehoug & Co.
- Kendall, P. C., Choudhury, M., Hudson, J. & Webb, A. (2002a). *The C.A.T. project therapist manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Choudhury, M., Hudson, J. & Webb, A. (2002b). *The C.A.T. project workbook for the cognitive-behavioral treatment of anxious adolescents*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist Manual (3rd ed.)*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2006b). *The Coping Cat workbook (2nd ed.)*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D. & Neumer, S.-P. (2006c). *Mestringskatten (Coping Cat)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kendal, P. C., Gosch, E., Furr, J. M. & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (9), 987–993.
- Kendall, P. C., Bjørk, R. F., Neumer, S.-P., Choudhury, M., Hudson, J. & Webb, A. (2010). *Mestringskatten for ungdom (The C.A.T. Project)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kennair, L. E. O. (2009). 7 grunnleggende, profesjonshemmende misforståelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (2), 196–198.
- Levant, R.F. (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence Based Practice* Washington, D.C: American Psychological Association. <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/ebpreport.pdf>

- Nock, M., Goldman, J., Wang, Y. & Albano, A. (2004). From Science to practice: The Flexible use of evidence-based treatments in clinical settings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 777–780.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 1127–1128.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2009). 7 løgner om psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (2), 168–173.
- Rubin, A. (2008). *Practitioner's Guide to Using Research for Evidens-Based Practice*. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 4, 444–454.
- Silverman, W. K. & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV; Child version*. Austin, Texas: Graywind Publications, Inc.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., et al. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 359 (26), 2753–2766.
- Weisz, J. R. & Gray, J. S. (2008). Evidence-Based Psychotherapy for Children and Adolescents: Data from the Present and a Model for the Future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 54–65.