

**Kasusformuleringer i kognitiv atferdsterapi med  
barn og unge – et nyttig og praktisk hjelpemiddel?**

Jan Skjerve

## **Kasusformuleringer i kognitiv atferdsterapi med barn og unge – et nyttig og praktisk hjelpemiddel?**

Kasusformuleringer er et lite utforsket hjelpemiddel i kognitivt atferdsterapeutisk arbeid med barn og unge. Men de har et potensial for utvikling av ny kunnskap og styrking av terapeutenes kliniske ekspertise.

En kasusformulering som hjelpemiddel i psykoterapeutisk arbeid kan defineres på følgende måte: Den er en innsamling og sammenfatning av informasjon om et spesifikt klinisk problem integrert med psykologisk teoretisk kunnskap for å forstå opprinnelse, utvikling og vedlikehold av problemet (Tarrrier & Calam, 2002). Internasjonalt har opplæring i kasusformulering en sentral plass i psykologutdanninger (Carey & Pilgrim, 2010). I erklæringen om evidensbasert praksis, som Norsk Psykologforening har gitt sin tilslutning (Norsk Psykologforening, 2007), er ferdigheter i utforming av kasusformuleringer nevnt som en sentral del av den kliniske ekspertisen. Gjennom kasusformuleringen og behandlingsplan skaper en integrasjonen av forskningsbaserte prinsipper, egen klinisk kompetanse og klienters preferanser. Utforming og bruk av kasusformuleringer er vel dekket i et oppslagsverk som *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy* (Hersen, 2005).

*En kasusformulering gir en kortfattet oversikt over de viktigste opplysningene og funnene vedrørende en klient. Beskrivelsen gir grunnlag for hypoteser om hvilke betingelser som kan skape endringer*

Det er flere formål med å utarbeide en kasusformulering. Den gir en kortfattet oversikt over de viktigste opplysningene og funnene vedrørende en klient. Beskrivelsen, satt inn i en teoretisk ramme, gir grunnlag for å danne seg hypoteser om hvilke betingelser som kan skape endringer i forløpet av problemene, slik at vanskene kan bli redusert eller opphøre. Forståelsen av vanskene og hypotesene om endringsmuligheter gir grunnlag for å lage en behandlingsplan med mål, tiltak og tidsperspektiv for behandlingsarbeidet. Hypoteser og behandlingsplan gir mulighet for å evaluere progresjon og eventuelt reformulere forståelsen av endringsbetingelser og velge andre behandlingstiltak. Formuleringen gir grunnlag for å gi tilbakemelding til klienten om den forståelse en som terapeut har dannet seg av vanskene, og om hvilken arbeidsform og hvilke rammer for arbeidet en oppfatter som egnet. Samtale basert på kasusformuleringen gir grunnlag for å inngå avtale om behandlingen.

Videre i artikkelen redegjøres det for karakteristika ved kasusformuleringer som klinisk hjelpemiddel, og for utviklingen av arbeidsformen innenfor kognitiv atferdsterapi. To ulike modeller for kasusformulering i kognitiv atferdsterapi med barn blir presentert. Til slutt blir nytteverdi og praktisk brukbarhet av kasusformuleringer i daglig terapeutisk arbeid med barn og unge diskutert.

*Formuleringen gir grunnlag for å gi tilbakemelding til klienten om den forståelse en som terapeut har dannet seg av vanskene, og om hvilken arbeidsform og hvilke rammer for arbeidet en oppfatter som egnet*

### **Temaområder i kasusformuleringer**

Eells (2007) finner at kasusformuleringer er påvirket fra fem faglige områder. Disse påvirkningene bidrar til en karakterisering av kasusformuleringer uansett om klientene er barn eller voksne, og uavhengig av teoretisk orientering:

(1) I somatisk medisin er det tradisjoner tilbake til antikken med hensyn til å *observere pasienters funksjon og symptomer* for å skape et helhetlig bilde av tilstanden som kan forklare sykdom og gi opphav til behandlingsideer. Hypotesetesting og verifikasjon av hypoteser gjennom behandlingsutfall er også en del av denne tradisjonen.

(2) *Diagnostikk* i form av kategorisering eller beskrivelse i forhold til dimensjoner som gir grunnlag for bestemmelse av patologi eller normalitet, behandlingsbehov eller ikke, er et annet fundament for formuleringsarbeidet. Diskusjoner av sykdomsmodeller versus sosiale avviksmoeller for å forstå psykiske vansker er en del av den diagnostiske tradisjonen.

(3) Kasusformulering forutsetter bruk av *behandlingsteori* som grunnlag for utformingen av hypoteser om endringsbetingelser. Innenfor den psykoanalytiske tradisjonen har kasusformuleringer lenge hatt en etablert posisjon. Ulike modeller er utformet på grunnlag av de ulike retningene i psykoanalyse og psykodynamisk behandlingsteori. Andre sentrale teoretiske orienteringer der kasusformulering har fått en plass, er humanistisk psykoterapi, atferdsterapi og kognitiv terapi.

(4) Mange behandlere, innenfor ulike teoretiske orienteringer, bruker *kartleggingsinstrumenter* i innsamlingen av informasjonen som formuleringene bygger på. Begrunnelsene kan være at instrumenter gir mer reliabel og valid informasjon enn mindre standardisert observasjon eller intervjuing. En annen kan være at instrumentene med sine normer er til hjelp ved vurderingen av behandlingsbehov og valg av mål. Det foreligger lite forskning som

underbygger betydningen av slik kartlegging og psykometriske vurderinger for det terapeutiske arbeidet, og valg av kartleggingsmetoder har ikke hatt noen vesentlig innflytelse på modeller for kasusutforming. Men tradisjonen med datainnsamling som grunnlag for hypoteseutforming er sterk, og de fleste bestreber seg selvsagt på å få et dekkende og holdbart bilde av klientens vansker.

(5) Den siste påvirkningen Eells omtaler, er *forskning om kasusformuleringer*. Det mest studerte temaet har vært om ulike behandlere kommer frem til sammenfallende formuleringer når de får seg forelagt det samme klientmaterialet. Dette spørsmålet er det sentrale med hensyn til om kasusformuleringer er reliable og valide, eller om de er farget av den enkelte terapeutens personlige og faglige bias. Det meste av slike studier har vært gjennomført innenfor den psykoanalytiske tradisjonen, og resultatene har for det meste vært nedslående for dem som ønsker en objektiv og vitenskapelig fundert forståelse av klientene. Bieling og Kuyken (2003) gir en kritisk gjennomgang av forskningen og forskningsfunn vedrørende kognitive kasusformuleringer innenfor voksenfeltet. Tilsvarende studier vedrørende kasusformuleringer for barn og unge synes ikke å ha vært gjort.

### **Kasusformuleringer i atferdsterapi og kognitiv terapi**

Kanfer og Saslow (1965) stilte seg kritisk avvisende til diagnostisk klassifikasjon basert på årsaker, prognoser eller symptomer. De fant at slike klassifikasjoner savnet empirisk underbygging, var lite reliable og manglet behandlingsmessig relevans. I stedet foreslo de at en må tilstrebe å gjennomføre et analyseprogram som er tett knyttet til etterfølgende behandling. Atferdsanalysen mente de gir grunnlag for et slikt program med sin nitide beskrivelse av problematferd, miljømessige stimuli og responskontingenser. Tre hovedspørsmål må besvares: a) Hvilke spesifikke atferdsmønstre må forandres med hensyn til frekvens, varighet, intensitet og betingelser de forekommer under? b) Under hvilke betingelser oppsto vanskene, og hvilke forhold opprettholder dem? c) Hva er de mest hensiktsmessige tiltakene som kan lede til de ønskede forandringene? Spørsmålene Kanfer og Saslow mente måtte besvares, overlapper langt på vei med formålene med kasusformuleringer, og det er dekning for å si at deres «guide for funksjonell analyse av individuell atferd» representerer et første forsøk innenfor atferdsterapien på å utforme en modell for kasusformuleringer.

Kanfer og Saslow var, i samsvar med datidens atferdsanalyse, opptatt av de miljømessige diskriminative stimuli som inngår i forsterkingsbetingelsene for problematferden. Men de omtaler også forandring av klientens persepsjon, klassifisering og organisering av sanseopplevelser, inkludert

persepsjon av seg selv, som en essensiell del av den psykoterapeutiske prosessen. Vi ser her et fokus på medierende kognitive prosesser, og aner kanskje forløperen for det senere skiftet bort fra miljømessige stimuli og over mot indre kognitive prosesser og tankeinnhold. Attribusjoner, forventninger, dysfunksjonelle antakelser og skjemaer er kategorier for tankeinnhold som anses som styrende for uønskede handlinger. Aaron Beck ble en pioner med hensyn til å kartlegge hva som var særegent ved tenkningen hos klienter innenfor ulike diagnostiske kategorier som depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser og misbruksproblemer (f.eks. Beck, Emery & Greenberg, 1985), og han ga dermed føringer for hvordan kasusformuleringer for klienter med ulike vansker bør utformes (Persons, 1989).

Tarrier og Calam (2002) påpeker at begreper som skjema og dysfunksjonelle antakelser har erstattet gamle modeller for sykdomsprosesser, men uten å bryte med idéer om underliggende prosesser som gir seg utslag i symptomer. Hypoteser om bestemte kognitive prosesser som styrende for bestemte psykiske vansker innebærer standardiserte kasusformuleringer, og fokus på indre prosesser mer enn på miljøbetingelser, men med rom for spesifiseringer av særegne betingelser og problemutforminger hos den enkelte klient (f.eks. Rogers, Reinecke & Curry, 2005). Persons og Tompkins (2007) gir en bredere oversikt over utformingen av kasusformuleringer i kognitiv atferdsterapi.

### **To syn på anvendt forskning**

Psykologisk praksis bør være forskningsbasert. Dette er en sterk ideologisk føring, uttrykt gjennom erklæringen om evidensbasert praksis og gjennom psykologutdanningen («scientist-practitioner»-modellen (Raimy, 1950)). Innenfor det faglige konglomeratet kognitiv atferdsterapi er denne ideologien noe av det som forener.

Peterson (1997) beskriver to modeller for anvendt forskning. I den første modellen forutsetter en at grunnleggende vitenskapelige studier innenfor et felt har resultert i klargjøring av lovmessigheter og forskningsbaserte prinsipper, før disse blir prøvd ut i en praksissituasjon som resulterer i utvikling av behandlingsprosedyrer. Prosedyrene kan så bli tatt i bruk i profesjonelt klientarbeid. Diagnosebaserte behandlingsmanualer for evidensstøttet terapi (EST), særlig i kognitiv terapi, kan illustrere denne modellen.

I den andre modellen starter en med å utforske klienten for å finne hvilke særegne utfordringer vedkommendes vansker byr på i all sin kompleksitet. En må prøve å få tak i viktig påvirkning av prosessene en utforsker. I denne modellen, som Peterson kaller disiplinert praksis, blir utforskningen styrt av en teoretisk forståelse av de funksjonelle prosessene, forskningsbaserte funn og systematisert erfaring. Kartleggingen munner ut i den beste forståelsen av klienten som behandleren kan konstruere, en forståelse som ofte vil være en annen enn den en startet kartleggingen med. Forståelsen leder til tiltak med formålet å avhjelpe klientens vansker. Effekten av tiltakene blir evaluert. Avhengig av evalueringen blir tiltakene avsluttet, eller kunnskapen om effekten fører til revidert forståelse og utprøving av nye tiltak. Slik gir hver sak ny erfaring og dypere teoretisk forståelse, som bidrar til kunnskapen om de kliniske fenomenene og behandlingsmulighetene.

Disiplinert praksis springer ut av den atferdsanalytiske tradisjonen med vekt på nitid individuell analyse og en eksperimentell utforsking der den enkelte klienten blir brukt som sin egen kontroll. De to modellene for anvendt forskning gir også to ulike perspektiver på utformingen av kasusformuleringer. De avspeiler spenninger med hensyn til syn på hvordan kartleggingen skal foregå, betydningen av diagnostisering, metoder i terapiforskning og hva det vil si å ha en evidensbasert praksis.

Både Fishman (2005) og Hersen (2002) har formet forslag til strategier i behandlingsforskning basert på kasusformuleringer og behandlingsbeskrivelser i tråd med disiplinert praksis.

### **Kasusformuleringsmodeller for arbeid med barn og unge**

Det er atskillige modeller for kognitiv atferdsterapeutiske kasusformuleringer for arbeid med voksne klienter, mens antallet beregnet for arbeid med barn og unge er heller beskjedent. Det ser ikke ut som interessen for utviklings- og forskningsarbeid på dette området innenfor barnefeltet på langt nær har kommet opp på det nivået som gjelder for arbeid med voksne. Her vil vi gå noe nærmere inn på to modeller utarbeidet av Drinkwater (2004) og Friedberg og McClure (2002).

Drinkwater vektlegger at den kognitive kasusformuleringen skal gi et helhetlig bilde av klienten, forklare symptomer og generere hypoteser om opprettholdende faktorer, kjerneidéer eller underliggende mekanismer, deres opprinnelse og videre forløp. Hun ser det som presserende for å komme videre med utvikling av kasusformuleringer at det blir utviklet kognitive modeller, og at

kognitive formuleringer og behandling basert på dem blir evaluert. Kasusformuleringen må etter hennes syn være individuelt utformet, være basert på de kognitive modellene, og bygge bro mellom teori og praksis.

Gjennom en kasuspresentasjon av en gutt med panikkangst og sykdomsangst illustrerer hun hvordan hun kartlegger ulike stimuli for negative automatiske tanker, som i sin tur gjør gutten ekstra oppmerksom på de samme stimuli. Hun viser hvordan negative tanker henger sammen med tidligere erfaringer, særlig relatert til samspillet i familien, og med kjerneidéer og dysfunksjonelle antakelser som tidlig er blitt etablert. Hun setter informasjonen inn i et skjema, men det fremgår ikke tydelig om hun mener at alle kategoriene i skjemaet vil være relevante for alle saker. Modellen har sin styrke i at den tydelig viser hvordan den teoretisk styrte organiseringen av materialet leder til en forståelse av klienten som gir føringer for en rekke behandlingstiltak.

Friedberg og McClure slår fast som en norm at første skritt i kognitiv atferdsterapeutisk arbeid med en barneklent er å utvikle en kasusformulering. Kasusformuleringen er individuell og skal styre både intervensjoner og evaluering. Hypoteser må bli utformet, testet og reformulert. Kasusformulering krever et generelt begrepsapparat som tillater maksimal fleksibilitet for å kunne fange opp variabiliteten i klientenes vansker og livssituasjon.

*Kasusformuleringer skal være teoristyrte for å få en sammenhengende og enhetlig forståelse. Av de to kognitive atferdsterapi-modellene vi har sett på, er det Drinkwaters modell som tydeligst innfrir dette kravet*

Formuleringen starter med beskrivelse av henvisningsproblem. Fem områder må gjennomgås – fysiologi, stemningsleie/emosjoner, atferd, kognisjon og sosialt samspill. Fire forhold, som påvirker hverandre, influerer på og blir influert av klientens væremåte. De fire forholdene er: historie og utvikling, kulturell kontekst, kognitive strukturer og predisposisjoner og forsterkingsbetingelser. For å underbygge modellen viser forfatterne til enkelte forskningsfunn vedrørende de ulike antatte påvirkningsforholdene. Variablene blir beskrevet, og det er gitt mange eksempler på spørsmål og temaer som det kan være relevant å samle opplysninger om. Denne modellen er mye bredere i sitt fokus enn Drinkwaters, og rommer både kognitiv og atferdsanalytisk kartlegging, i tillegg til at den tar inn funn vedrørende empiriske relasjoner som er hentet fra andre teoretiske tilnærminger enn KAT.

Murphy og Christner (2006) er kritiske til Friedberg og McClures modell fordi de finner at den i for liten grad tar hensyn til klientenes utviklingsnivå. De foreslår å supplere teorigrunnlaget for modellen med utviklingsteoriene til Piaget, Erikson og Maslow. De finner heller ikke at modellen

gir rasjonale for å knytte sammen kasusformuleringen og behandlingsplanlegging. Modeller for arbeid med barn og unge må også i høyere grad enn voksenmodeller kunne inkorporere multiple og samtidige vansker. Dummett (2006) beskriver en modell for hva han kaller systemisk kognitiv atferdsterapi, der i første rekke interpersonlige perspektiver blir forsøkt innarbeidet på en bedre måte enn i andre modeller.

### **Teoriens plass**

Et sentralt kjennetegn ved kasusformulering er teoristyrte kartlegging og behandlingsplanlegging. Uten slik teoristyring er det selvsagt en fare for at kartleggingen blir rutinepreget, standardisert, lite differensiert og lite egnet til å fange opp forhold av sentral betydning for å kunne skape endring i vanskene hos den enkelte klienten. Men verken atferdsteori, kognitiv teori eller kombinasjonen av dem dekker alle vanskeskapende prosesser som en kan finne blant klienter.

Håndbøker i klinisk barne- og ungdomspsykologi bygger stadig oftere på den utviklingspsykopatologiske tenkemåten. Tenkemåten, basert på omfattende empirisk forskning, innebærer at en rekke faktorer relatert til individ, miljø og samspill påvirker den enkeltes utviklingsløp, og at både normalitet og avvik er resultat av de samme utviklingsprosessene, men med ulike faktorer som har spilt inn. Begreper som ekvifinalitet og multifinalitet er sentrale og innebærer at en ikke kan slutte fra vansker til årsaker eller omvendt. Hvis en ser utviklingspsykopatologi som et makroparadigme (Achenbach, 1990), blir de ulike behandlingsteoriene mikroparadigmer som hvert omhandler et begrenset utvalg av påvirkningsfaktorer og endringsmuligheter. Det utviklingspsykopatologiske perspektivet inviterer behandlere til en eklektisk orientering. Winters, Stoyanova og Hanson (2007) har utformet en kasusformuleringsmodell som bygger på en bred utviklingspsykopatologisk og eklektisk orientering, som gir rom for bruk for terapeuter med KAT som sitt terapiteoretiske ståsted. Også Carr (2006) har formet en åpen og eklektisk modell, som ivaretar Friedberg og McClures ønske om en maksimalt fleksibel kasusformulering.

### **Kasusformuleringer – nyttig og praktisk?**

Hovedidéen med kasusformuleringer, å sammenfatte den informasjonen en har samlet om en klient, på en oversiktlig og sammenhengende måte for å kunne gjøre seg antakelser om fornuftige



behandlingstiltak, er åpenbart hensiktsmessig. En får håpe og tro at dette er vanlig praksis blant behandlere, og at det nye med kasusformuleringer er at sammenfatningen blir mer systematisk med en skriftlig fremstilling. Skriftlighet gir også innsyn i analyser, resonnementer og hypotesedannelser som gir mulighet for etterprøving og erfaringsinnsamling på en kunnskapsgivende måte. Men det er ikke forskningsmessig grunnlag for å hevde at kasusformuleringer gir mer effektiv behandling, eller at individualisert kasusformulering gir bedre behandlingskvalitet enn standardformuleringer. At tilpasning av behandlingsutformingen til den enkelte klients behov og preferanser er av betydning, vet en selvsagt likevel fra mange kasusstudier, og de fleste behandlingsmanualer gir rom for individualisering. I erklæringen om evidensbasert praksis blir individualisering sett som et aspekt ved å arbeide forskningsbasert.

Kasusformuleringer skal være teoristyrte for å få en sammenhengende og enhetlig forståelse. Av de to kognitiv atferdsterapi-modellene vi har sett på, er det Drinkwaters modell som tydeligst innfrir dette kravet. Men modellen fortøner seg teoretisk smal, blant annet fordi den i liten grad inkorporerer den atferdsanalytiske orienteringen. Friedberg og McClure er så åpne i sin tilnærming at deres modell får klare likhetstrekk med eklektiske modeller. Og fagutviklingen innenfor det barne- og ungdomskliniske feltet går i retning av eklektisisme. Kanskje kognitiv atferdsterapi må finne sin plass innenfor det utviklingspsykopatologiske paradigmet heller enn å skulle utvikle særegne modeller for sin kasusformulering? Og kanskje er det slik at modellenes funksjon bør være å minne behandlere på at de bør skjerpe seg på hvilke teoretiske perspektiver de baserer seg på i arbeidet med en gitt klient, heller enn å gi en oppskrift på hvordan klienten best kan bli forstått? Det å arbeide med kasusformuleringer er utvilsomt utfordrende med hensyn til klargjøring av egne tanker, og et utmerket hjelpemiddel for å bistå med å integrere teori og praksis i opplæring og veiledning.

Det er en faglig utfordring å lage en kasusformulering som forenkler særdeles kompliserte prosesser på en slik måte at den gir grunnlag for handlingsvalg, plan for progresjon, antatt tidsramme og perspektiv på hvilke utfordringer behandlingsarbeidet kan komme til å by på. Forenkling er også en forutsetning for å kunne dele formuleringen med klienten på en slik måte at vedkommende kan ta stilling til formuleringen, gi samtykke til behandlingen og selv komme med egne synspunkter og innspill.

Å lage kasusformuleringer er altså vanskelig, og det er tidkrevende, i all fall inntil en har fått en god del trening i å gjøre det. Det er nyttig fordi det kan generere ny kunnskap og øker behandlernes kliniske ekspertise gjennom treningen i å integrere klinisk materiale og teoretisk og forskningsbasert

kunnskap. Ferdighet i å skape slik integrasjon kan ses som kjernen i den kliniske ekspertisen (Haynes, Devreaux & Guyatt, 2002). Formuleringene gir også fundament for utvikling av den terapeutiske alliansen.

Men er kasusformulering et praktisk hjelpemiddel, i den betydning at det er brukbart i en hektisk hverdag, og står gevinsten i forhold til innsatsen? Min oppfatning er at det er vel verdt å bruke tid på å trene seg opp til å skrive korte og poengterte oppsummeringer tidlig i kartleggingsprosessen, blant annet fordi en da kan få til en rasjonell og fokusert videre kartlegging. Det ville også være en stor gevinst å hente hvis en kunne få til en systematisk erfaringsinnsamling basert på kasusformuleringen og evaluering av de hypotesene de leder til.

### Konklusjon

Kasusformuleringer har fått en sentral plass både i psykologutdanninger og i kognitiv atferdsterapi med barn. Kasusformuleringene er verdifulle hjelpemidler i utviklingen av teoristyrte og evidensbaserte praksis og styrker behandlernes kliniske ekspertise. Men foreløpig er det mangelfull forskningsmessig underbygging av at formuleringene bidrar til mer effektiv behandling for den enkelte klient. 1

### Referanser

- Achenbach, T. M. (1990). What is «developmental» about developmental psychopathology? I J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (red.), *Risk and protection factors in the development of psychopathology* (s. 29–48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bieling, P. J. & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52–69.
- Carey, T. A. & Pilgrim, D. (2010). Diagnosis and formulation: What should we tell the students? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, early view.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach* (2.utg). London: Routledge.
- Drinkwater, J. (2005). Cognitive case formulation. I P. J. Graham (red.), *Cognitive behaviour therapy for children and families*. 2. utg. (s. 84–99). Cambridge: Cambridge University Press.

- Dummett, N. (2006). Process for systemic cognitive-behavioral therapy with children, young people and families. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 179–189.
- Eells, T. D. (2007). History and current status of psychotherapy case formulation. I T. D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. 2. utg. (s. 3–32). New York: The Guilford Press.
- Fishman, D. B. (2005). From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1, 1–50.
- Friedberg, D. & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. New York: The Guilford Press.
- Haynes, R. B., Devreux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence-based Medicine*, 7, 36–38.
- Hersen, M. (2002). Rationale for clinical case studies: An editorial. *Clinical Case Studies*, 1, 3–5.
- Hersen, M. (red.). (2005). *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy. Vol. I-III*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Murphy, W. B. & Christner, R. W. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization approach for working with children and adolescents. I Freeman, A., Christner, R. & Mennuti, R. (red.), *Cognitive-behavioral interventions in educational settings. A handbook for practice* (s. 37–62). New York: Routledge.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1127–1128.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B. & Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. I T. D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. 2.utg. (s. 290–316). New York: The Guilford Press.
- Peterson, D. R. (1997). *Educating professional psychologists. History and guiding conception*. New York: The Guilford Press.
- Raimy, V. C. (red.) (1950). *Training in clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Rogers, G. M., Reinecke, M. A. & Curry, J. F. (2005). Case formulation in TADS CBT. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 198–208.
- Tarrier, N. & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 311–328.
- Winters, N., Hanson, G. & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 16*, 111–132.