

Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: Utfordringer og muligheter

Simon-Peter Neumer , Kristin D. Martinsen , Martina Gere og Marianne A. Villabø

Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: utfordringer og muligheter

Kognitiv-atferdsterapeutisk behandling av angstlidelser hos barn og ungdom har god forskningsevidens fra universitetsklinikker, men blir sjelden anvendt i klinisk praksis. Bedre opplæring kan gi økt og mer fleksibel bruk av programmene.

Implementering av evidensbaserte metoder i klinikk skaper utfordringer på flere nivåer. Noen klinikere er i utgangspunktet skeptiske til strukturerte programmer og hevder at denne måten å arbeide på blir rigid: at den gir lite rom for kreativitet og for liten mulighet til å tilpasse behandlingen til den enkelte klient (Addis, Cardemil, Duncan & Miller, 2006). Videre hevder enkelte klinikere at en ved bruk av strukturerte behandlingsprogrammer ikke ivaretar den kompleksiteten man finner hos pasienter i vanlig klinisk praksis (Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006). Delvis møter man også urealistiske forventninger til programmene, for eksempel at de er «verktøy» som garanterer bedring, og at solid opplæring og veiledning er av mindre betydning fordi omfattende arbeidsmaterie er tilgjengelig. Det er også en rekke ubesvarte forskningsspørsmål knyttet til implementering av slike metoder i vanlig klinisk praksis. Et sentralt og ubesvart forskningsspørsmål knytter seg til i hvilken grad evidensbaserte programmer utviklet i forskningsklinikker er like effektive i vanlig klinisk praksis.

Ivaretagelse av den terapeutiske relasjonen er en viktig forutsetning for å bruke kognitiv atferdsterapi. I KAT ansees imidlertid alliansen i seg selv ikke som tilstrekkelig for å oppnå et godt behandlingsresultat

Med denne artikkelen vil vi forsøke å gi et mer realistisk bilde av både muligheter og utfordringer som man møter ved bruk av evidensbaserte programmer i klinikken. Da vårt fokus og vår erfaring gjelder behandling av angstlidelser, vil våre synspunkter begrense seg til evidensbasert behandling av angst og til de programmene vi arbeider med. Disse er basert på kognitiv atferdsteori (KAT). I artikkelen benyttes strukturerte programmer som betegnelse for manualbasert behandling hvor aktiviteter og mål for hver time følger en bestemt rekkefølge. Evidensbegrepet refererer til Psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007). Her kan evidens ha forskjellig kvalitet og basere seg på ulike typer forskningsdesign og metode.

Utvalgte strukturerte programmer for angstbehandling

Angst hos barn er et vidt område som omfatter både diagnostiserbar patologisk angst og angst som en vanlig følelse alle er kjent med (utviklingsangst). De kognitive atferdsterapeutiske programmene det refereres til i denne artikkelen, har ulikt nedslagsfelt innenfor bredden i angstproblematikk. Programmene kan derfor anvendes bredt, men betydningen av individuell tilpasning, avhengig av primærdiagnosen hos barnet, blir dermed også større. For eksempel kan Coping cat (Kendall & Hedke, 2006) anvendes til behandling av sosial angst, generalisert angst eller separasjonsangst. Philip C. Kendall utviklet Coping cat for behandling av barn med angst på slutten av 1980-tallet. Den norske versjonen kalles Mestringskatten (Kendall, Martinsen & Neumer, 2006). Coping cat ble omarbeidet til gruppeprogrammet «Friends for life» av Paula Barrett (2004).

SMART (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010) har vist seg virksom i forebygging av emosjonelle problemer og er under klinisk utprøving (Neumer & Junge Hoffmeister, 2010). SMART er utviklet uavhengig av Coping cat og «Friends for life», men bygger på de samme sentrale KAT-komponentene: psykoedukasjon, håndtering av kroppslige reaksjoner, kognitiv restrukturering, problemløsning og eksponering (Velting, Setzer & Albano, 2004). De ulike programmene vektlegger og formidler de ulike komponentene forskjellig. I Mestringskatten arbeider for eksempel terapeuten intensivt sammen med klienten om eksponering, og dette er hovedfokuset i siste del av programmet. Både i «Friends for life» og SMART blir store deler av eksponeringen gjennomført som hjemmeoppgaver mellom timene. Deltakerne i disse to programmene får mer frihet i valg av relevante situasjoner og mindre direkte støtte i selve eksponeringen. «Friends for life» tar eksplisitt opp utfordringer ved tilbakefall, med egne påfyllstimer som gjennomføres etter behandlingen. I Mestringskatten forventes det implisitt at tilbakefall håndteres innenfor rammen av klinikkens rutiner.

De sentrale KAT-komponentene er psykoedukasjon, håndtering av kroppslige reaksjoner, kognitiv restrukturering, problemløsning og eksponering

Årsaken til at programmene legger ulik vekt på de forskjellige komponentene, kan ligge i at de er blitt laget for ulike formål. Mestringskatten har gjennomgående hatt en sterk forankring i klinisk praksis. «Friends for life» er derimot, etter først å ha vært evaluert i klinikk, blitt mer dreid mot førstelinje og benyttet som universelt forebyggende tiltak i skolen (www.friendsinfo.net). SMART på

sin side ble opprinnelig utviklet som forebyggende intervensjon (Müller & Neumer, 2007), som man har begynt å bruke i vanlig klinisk praksis.

Mestringskatten er evaluert i flere undersøkelser (se Edmunds, O'Neil & Kendall (2010) i dette temaheftet). Denne forskningen viser at omtrent to tredjedeler av de barna som har gjennomført behandlingen, har positive resultater etter avsluttet behandling. Denne effekten har vist seg å holde i flere år. Øst (2010) bekrefter disse resultatene i en uavhengig meta-analyse, basert på 23 forskningsstudier (N = 2169 barn) som har evaluert Mestringskatten eller varianter av dette programmet. De positive resultatene øker fra 70,7 % hos barna som responderer positivt på behandlingen, til 78,0 % to år etter behandlingen. I den internasjonale behandlingsforskningen av Mestringskatten finnes det dessverre ingen systematisk oversikt over i hvilken grad studiene dreier seg om «efficacy» eller «effectiveness», men mange av dem er gjennomført i universitetsklinikker. Studier som har undersøkt «Friends for life», er inkludert i disse oversiktene (Øst, 2010; Edmunds et al., 2010) og har sammenlignbare resultater.

Utfordringer ved bruk av evidensbaserte metoder i klinisk praksis

Behandlingsprogrammer som har vist seg effektive i behandlingsforskning, blir ofte ikke tatt i bruk i ordinær klinisk praksis. Det er ofte en langvarig og omfattende prosess å implementere nye behandlingstilbud og rutiner i vanlig klinisk virksomhet (Fixen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). Det er mange grunner til at disse programmene tas sent i bruk, for eksempel at de anses som rigide, krever omfattende opplæring og sertifisering, at resultatene av behandlingsforskningen ikke er relevante, eller informasjonen om programmene er lite tilgjengelig (Weisz & Simpson Gray, 2008).

Samtidig er det viktig å unngå at programmer, når de først er implementert, står i veien for at nye og bedre behandlingstiltak kan introduseres. Ingen av de nevnte programmene er perfekte, og det er viktig at man ikke anser disse som avslutning på en faglig prosess, men mer som et steg på veien til en bedre praksis. Vi skal nå gå nærmere inn på de nevnte innvendingene.

Fleksibel anvendelse av programmer

Noen klinikere hevder at strukturerte programmer blir for rigide, og er derfor skeptiske til å bruke dem i klinisk praksis. Etter vår erfaring bygger slike innvendinger ofte på manglende erfaring med å

benytte strukturerte behandlingsmetoder. Når man gjennomfører et strukturert behandlingsprogram, for eksempel Mestringskatten for angstlidelser, er et av premissene at man følger den underliggende teorien, som er kognitiv atferdsterapi, og at man stort sett aksepterer strukturen og følger rekkefølgen og innholdet time for time. Innenfor timene er det stor frihet i hvordan man formidler og vektlegger viktig informasjon. Mestringskatten tilbyr for eksempel ulike øvelser som terapeuten kan velge mellom for å oppnå timens overordnede mål.

Kendall har imidlertid diskutert fleksibel bruk av Mestringskatten i flere artikler (Kendall, Gosch, Furr & Sood, 2008). Han legger vekt på at programmet må brukes fleksibelt for å tilpasses den enkelte klient og hans eller hennes spesifikke problemer. Ved å benytte seg av individuell kasusformulering kan en sikre at det blir lagt vekt på konteksten og barnets særegenhet, noe som er sentralt ut fra kjennskap til utløsende og opprettholdende faktorer. Kasusformuleringen er derfor grunnleggende for å arbeide fleksibelt og tilpasse behandlingsprogrammet til den enkelte klient. Utforming av individuell kasusformulering vil gi indikasjoner på hvilke deler av programmet terapeuten bør legge større eller mindre vekt på.

Bruk av Mestringskatten bør ikke gjennomføres rigid, men krever kreativitet fra terapeuten side dersom oppgavene skal tilpasses barnets forutsetninger, behov og interesser. I et eget kapittel i Mestringskatten (Kendall et al., 2006) beskrives fleksibel bruk av programmet. Der finnes de generelle behandlingsstrategiene, for eksempel affektiv opplæring, modellæring og belønning, og eksempler på hvordan de kan gjennomføres fleksibelt. Ved modellæring skal terapeuten være en mestrende modell og vise barnet hvilke tanker han selv har når han mestrer en angstutløsende situasjon. Eksempel på fleksibel bruk av denne strategien er rollespill hvor terapeuten forteller om sine egne angstutløsende tanker og mestringstanker. Alternativt kan det leses en historie eller tegneserie fra arbeidsboken hvor barnet fyller inn tankeboblene til figurene. I tillegg finnes det eksempler i programmet på hvordan sentrale elementer av behandlingen, som opplæring i å gjenkjenne somatiske tegn på angst, avslapning, selvsnakk og eksponering, kan bli gjennomført fleksibelt. Hvis terapeuten har problemer med å finne egnede øvelser i programmet, finnes det en utvidet samling av arbeidsmateriell som kan benyttes for å sikre en mer fleksibel bruk (Kendall & Martinsen, 2010). I tillegg er det en rekke øvelser i programmet som lett kan justeres til det enkelte barns behov. For hver time finnes det også tips fra andre terapeuter som kan være eksempler på individuell tilpasning.

Vårt kliniske inntrykk er at fleksibiliteten øker med terapeutens erfaring. Men også uerfarne terapeuter kan få til et godt samarbeid med pasienten om arbeidsmateriellet. Ivaretagelse av den terapeutiske relasjonen er en viktig forutsetning for å bruke kognitiv atferdsterapi og å gjennomføre krevende eksponeringsøvelser. I KAT ansees imidlertid alliansen i seg selv ikke som tilstrekkelig for å oppnå et godt behandlingsresultat. Tidligere har imidlertid alliansens betydning i kognitiv atferdsterapi vært underkommunisert og «tatt for gitt». Nyere forskning har satt sterkere fokus på prosessfaktorer og betydningen av samarbeid og involvering av barnet og familien. Man har ikke kunnet finne at den terapeutiske alliansen svekkes gjennom strukturerte tilnærminger (Kendall et al., 2009).

Opplæring og veiledning

Tilstrekkelig opplæring av terapeutene i behandlingsprogrammet og i det teoretiske grunnlaget er en forutsetning for å kunne gjennomføre behandlingen på en tilfredsstillende måte. Med en terapeutmanual som støtte kan det være at manualen blir vektlagt for mye og følges bokstavelig. Kliniske vurderinger, basert på terapeutens tidligere erfaringer med andre klienter og på kasusformuleringen, må integreres med den strukturen og støtten som ligger i manualen. Terapeutens opplæring bør også omfatte bruk av utredningsmetoder. Behandlingsprogrammer er ofte laget for behandling av spesifikke lidelser, for eksempel sosial fobi. En grundig diagnostikk er viktig for målrettet arbeid med programmene. En slik utredning tar mye tid, og klinikkene har forskjellige rutiner angående diagnostisering etter henvisningen og evaluering etter gjennomført behandling. Opplæring i relevante utredningsmetoder er derfor viktig for riktig bruk og valg av program.

Veiledning er anbefalt for å sikre hensiktsmessig bruk av programmene. Ved siden av behandlingsmanual og opplæring i det aktuelle behandlingsprogrammet er veiledning det tredje elementet av det som ansees som en gullstandard i opplæring av evidensbaserte behandlingsmetoder (Beidas & Kendall, 2010).

Det er også en fordel å være i et kollegialt fellesskap hvor en kan drøfte konkrete erfaringer, valg og dilemmaer i bruken av behandlingsprogrammet underveis i arbeidet. I en aktuell oversiktsartikkel identifiserer Beidas & Kendall (2010) flere variabler som er avgjørende for en vellykket opplæring i bruk av evidensbaserte metoder. Utgangspunktet er en helhetlig modell som forklarer implementering av evidensbaserte metoder som en kompleks prosess mellom klinkere,

klinkernes omgivelser og kvaliteten av opplæringen (Sanders & Turner, 2005; Turner & Sanders, 2006). Denne forklaringsmodellen trenger videre forskning. Et av de mest overraskende resultatene er at den nevnte gullstandarden i opplæringen ikke garanterte at terapieresultatene ble forbedret. Denne studien viser at kvaliteten i opplæringen og bruk av aktive læringsmetoder er avgjørende for at terapeuter endrer framgangsmåte og oppnår forbedringer hos pasienten.

Vår erfaring er at terapeuter ber om opplæring i denne typen behandlingsprogram fordi de ønsker seg strukturert materiell som kan benyttes sammen med barnet i timen. Helsemyndighetene i Norge stiller ikke krav til bruk av evidensbaserte tiltak. Det er begrenset bevissthet om evidensbaserte metoder hos fagfolk, offentlige instanser og brukere, og dermed også begrenset anerkjennelse av terapeuter som tar i bruk evidensbaserte programmer.

Behandlingsforskningens relevans for klinisk praksis

Resultater fra internasjonal behandlingsforskning kan ikke uten videre overføres til arbeid innenfor det ordinære psykiske helsevern for barn og unge i Norge. Det kan være store forskjeller i helsesystemet når det gjelder rekruttering av pasienter og rammebetingelsene for terapeuter. I tillegg er det betydelige forskjeller mellom universitetsmiljøer hvor forskningen ofte gjennomføres, og vanlig klinisk praksis. Disse forskjellene omfatter blant annet høyere produktivitetskrav (kvantitet) i vanlig klinikk, manglende motivasjon og ofte mer omfattende tilleggsproblematikk hos klientene, og mer omfattende problemer i familien. Andre forskjeller kan være vanskelig diagnostisering, høyt frafall, manglende motivasjon hos terapeuten for å følge opp et helt program, stor personalutskiftning og liten tid til før- og etterarbeid samt manglende eller begrenset tilgang på veiledning (Weisz & Simpson Gray, 2008).

Lite informasjon om de strukturerte kognitive atferdsterapeutiske programmene kan bidra til at evidensbaserte programmer ikke tas i bruk

I framtidige forskningsprosjekter blir det derfor viktig å dokumentere hvorvidt de evidensbaserte programmene er robuste og også kan gi positive effekter i vanlig klinisk praksis på tross av slike forskjeller i rammebetingelser. Foreløpig har vi begrenset empiri med hensyn til dette. En metaanalyse fra Weisz, Jensen-Doss & Hawley (2006) over studier gjennomført mellom 1973 til 2004 viste at rekrutteringsprosedyrene i behandlingsforskning om angstlidelser var lite representativ for klinisk praksis. Kun 3,7 % av studiene inkluderte pasienter som hadde fulgt den

ordinære veien for henvisning til angstbehandling. Halvparten av disse studiene ble gjennomført ved universitetsklinikker. Spørsmål om hvorvidt de evidensbaserte programmene er bedre enn den behandlingen som vanligvis gjøres i klinikk, er ubesvart og blir heller ikke undersøkt i pågående norske behandlingsforskningsstudier om angstlidelser.

Tilgjengelighet av evidensbaserte programmer

Bortsett fra en beskjeden markedsføring gjennom forlagene og presentasjon av forskningsstudier på fagkongresser er det relativt lite informasjon tilgjengelig om de strukturerte kognitive atferdsterapeutiske behandlingsprogrammene. Dette kan bidra til at evidensbaserte programmer ikke så lett tas i bruk i vanlig klinisk praksis. Nyetablerte databaser som Ungsinn (www.ungsinn.uit.no) ved RBUP Nord søker å informere brukere om tilgjengelige behandlingsprogrammer og kvaliteten av den forskningen som ligger bak programmene (Mørch, Neumer, Holth & Martinussen, 2009). Mestringskatten-programmet vurderes der som «sannsynlig effektiv» på evidensnivå 2 (Bratt, 2008). Det betyr at programmet har vist effekt i utlandet, men at det mangler studier som bekrefter programmets effekt i Norge. Å øke tilgjengeligheten av evidensbaserte programmer kan bidra til økt bruk i klinikk.

Implementering

Implementering av forskningsbaserte programmer må ta sitt utgangspunkt i klinisk praksis og ikke begynne i forskningslaboratoriet. Etter den såkalte «*deployment-focused*» modell (DFM) (Weisz & Simpson Gray 2008) utvikles en praktisk anvendelig teoribasert manual i samarbeid mellom forskning og klinikk. Deretter testes manualen ved hjelp av en eller flere «*efficacy*»- studier, det vil si i en kontrollert situasjon med frivillige deltakere som ikke har blitt rekruttert via ordinære rutiner for henvisning til klinikk, men som oppfyller visse inklusjonskriterier, for eksempel en angstdiagnose. Disse to trinnene er blitt gjennomført internasjonalt med Mestringskatten. Programmet har, som tidligere presentert, vist positive og stabile resultater. Det neste trinnet i DFM er å prøve ut programmet på pasienter i vanlig klinisk praksis. Programmet kan deretter tilpasses og videreutvikles ytterligere. Etter dette gjennomføres randomiserte studier som undersøker effekten av programmet i vanlig klinikk. Et siste trinn i prosessen er å undersøke hvorvidt terapeuter fortsetter å bruke

programmet etter at forskningsprosjektene er avsluttet. Ved å implementere evidensbaserte metoder på denne måten tror vi at man i større grad kan få fleksible programmer som er godt tilpasset den kliniske virkeligheten og dermed oppleves som nyttige.

Konklusjon

Begrepet «evidensbasert» blir ofte sidestilt med behandlingsmetoder som er testet ut ved hjelp av «efficacy»-studier. Kunnskap og behandlingsprogrammer hentet fra denne typen studier kan ikke ukritisk overføres til bruk i vanlig klinisk praksis. Mens «efficacy»-studier har en viktig funksjon for å teste behandlingen under optimale betingelser, vil studier gjennomført i vanlig klinikk være nødvendige for å få bekreftet at programmene er robuste og også viser effekt med vanlige terapeuter og ordinære pasienter. Fram til nå har vi kun en indikasjon fra internasjonale studier på at disse angstbehandlingsprogrammene som er tilgjengelige på norsk, sannsynligvis er effektive i vanlige klinikker. Med de utfordringer som ligger i gjennomføring av behandling i klinikk, må vi sannsynligvis moderere våre forventninger til hvor stor effekt behandlingsprogrammene vil ha i vanlig klinisk praksis. Mens det for noen barn kan være tilstrekkelig å gjennomgå selve programmet, vil behandlingsprogrammene i mange tilfeller bli en del av mer omfattende behandlingsplaner for barna, og vil neppe kunne løse alle problemer som barna og familiene søker hjelp for. Flere steder i landet foregår det nå studier med fokus på behandling av angstlidelser hos barn. Det blir spennende å se hvilke effekter vi finner ved bruk av strukturerte kognitive atferdsterapeutiske programmer i vanlige poliklinikker i Norge. Det er også interessant å se hvordan programmene videreutvikles i framtiden. Mulig utvikling kan være til mer spesifikke opplegg for enkle problemområder som sosial angst eller med sterkere fokus på fleksibilitet i bruken av behandlingsprogrammene (Chorpita, 2007).

1

Referanser

- Addis, M., Cardemil, E. V., Duncan, B. & Miller, S. (2006). Does manualization improve therapy outcomes? I J. C. Norcross, L. E. Butler & R. F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health* (s. 131–160). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barrett, P. M. (2004). *FRIENDS for life: Group leader's manual*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.

- Beidas, R. S. & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: a critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology*, 17(1), 1–30.
- Bratt, C. (27. oktober 2008). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Mestringskatten (Coping cat)*. Ungsinn, tiltak nr 4. Hentet fra: <http://www2.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikk...>
- Chorpita, B. F. (2007). *Modular Cognitive Behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fixen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Mental health Institute, The national Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Edmunds, J. M., O'Neil, K. A. & Kendall, P. C. (2011). A review of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: Current status and future directions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 24–31.
- Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A.A., et al. (2009). In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting Psychology*, 77(3), 517–525.
- Kendall, 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. & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., & Martinsen, K. D. (2010). *Mestringskassen (Coping kit). KAT-verktøy for terapeutisk arbeid med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D. & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping Cat). Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Terapeutmanual*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Müller, J. & Neumer, S. P. (2007). *Prävention von Angst und Depression: Evaluation des GO!-Programms für Erwachsene*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Mørch, W. T., Neumer, S. P., Holth, P. & Martinussen, M. (2009). Ungsinn – en kunnskapsbase over virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(10), 960–964.

- Neumer, S.-P. & Junge-Hoffmeister, J. (2010). *SMART. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom. Veileder*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127–1128.
- Sanders, M. R. & Turner, K. M. T. (2005). Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioural family intervention: Our experience with the Triple P-Positive Parenting Program. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 158–169.
- Turner, K. M. T. & Sanders, M. R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P-Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior*, 11(2), 176–193.
- Velting, O. N., Setzer, N. J. & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 42–54.
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care. A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61(7), 671–689.
- Weisz, J. R. & Simpson Gray, J. (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.
- Øst, L. G. (2010). Det empiriska stödet för KBT vid psykiske störningar hos barn och ungdomar. I L. G. Øst, *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri* (s. 231–251). Stockholm: Natur & Kultur.