

# Kasusbeskrivelser og forandringsprosess i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis

Vitenskapelig basert kunnskap bør prege valg av behandlingstilnærming. Gjennom systematiske kasusformuleringer kan tilbudet skreddersys for barnet og familien.

TEKST

Signy Marie Kværneng Stoltenberg

PUBLISERT 1. januar 2007

ABSTRACT:

## Case formulations and the processes of change in child psychotherapy: A contribution to evidence based clinical practice

This article focuses on the factors influencing choice of psychotherapy in treatment of children referred to Child and Adolescent Mental Health Services. The author draws attention to the debate related to evidence based clinical practice, and the knowledge required for planning of treatment. It is argued that well formulated treatment plans are an important prerequisite when employing psychotherapy in treatment. Shirk and Russel's (1996) model for case formulations and change processes is presented as an assessment tool for treatment planning. The author discusses implications for education and research.

Keywords: child therapy, treatment planning, evidence based psychotherapy, case formulations

EMNER

barneterapi

behandlingsplanlegging

evidensbasert psykoterapi

Kasusformuleringer

## Innledning

I mitt arbeid som psykolog har jeg erfaring fra både forebyggende, utredende, veiledende og behandlende virksomheter der barn eller ungdom er henvist klient. Jeg har gjennomført to spesialistutdanninger i klinisk barne- og ungdomspsykologi: IAPs toårige og R-BUPs treårige utdanningsprogrammer, med svært ulikt innhold og ulik teoretisk forankring. I denne yrkes- og utdanningsmessige «nomadetid» har et spekter av spørsmål fanget stadig større interesse: Hvilke avveininger styrer klinikers valg av behandling? I hvilken grad er de vurderinger som ligger til grunn for behandlingsvalg direkte uttalt? Hva slags kunnskap trenger vi for å avgjøre hvilken behandling som er mest hensiktsmessig for det enkelte barn og den enkelte familie?

Jeg har blitt slått av tilfeldighetene som rår når et barn eller en ungdom henvises til poliklinisk behandling. Poliklinikker innen psykisk helsevern har ofte svært ulike profiler. Noen har lang tradisjon og høy faglig stolthet knyttet til psykodynamisk individualterapi, andre vektlegger nevropsykologiske utredninger og medikamentell behandling, og atter andre har utviklet en familieterapeutisk tradisjon, og velger oftere slike og beslektede behandlingsformer. Innenfor den enkelte institusjon råder også tilfeldigheter. I den kliniske hverdag vil ofte helt andre faktorer enn de problemer som er beskrevet i henvisningen, legge føringer for hvilken behandler som får saksansvar (sakspress, profesjonskamper osv.). Den enkelte behandler har i sin tur metodiske hjertebarn som han eller hun oftere tyr til og tror på i møte med en svært mangfoldig klientgruppe. Satt på spissen kan den behandling som tilbys, være mer avhengig av hvilken bydel eller kommune barnet bor i og hvilken behandler familien kommer i kontakt med, enn av hvilke problemer det henvises for.

Helsepolitiske føringer oppfordrer oss til kostnadseffektivisering, til å drive vår praksis i tråd med vitenskapelig kunnskap og til å dokumentere vår praksis (Stortingsmelding nr. 25). Også de etiske retningslinjer for nordiske psykologer understreker betydningen av en vitenskapelig basert kunnskap: «Psykologer arbeider ut fra kunnskap basert på forskning og underbygget erfaring» (Norsk Psykologforening, 1998). Men vet vi hvilke behandlingsformer som fungerer for hvilke lidelser under gitte betingelser? Dersom vi visste det: ville en slik legitimert praksis også være en bedre praksis? Eller vil behandlingsform uansett være underordnet terapeutens evne til å etablere en relasjon preget av forståelse, engasjement og håp? *Hva* ved den terapeutiske relasjon er egentlig endringsskapende?

Generelt opplever jeg at refleksjoner rundt slike spørsmål er svært sjeldne i den kliniske hverdag. De er heller ikke – etter min mening – grundig nok behandlet i de spesialistutdanninger jeg kjenner til.

Mange klinikere tynges av krav om økt effektivitet, bedre dokumentasjon og evidensbasert behandling, men våre «svar» er altfor ofte defensive og uhensiktsmessige. Brorparten av oss later som vi ikke har hørt og fortsetter som før, noen av oss tar hoderystende imot forordninger og øker tempoet, andre igjen griper fatt i løsrevne argumenter om faren ved evidensbasert behandling og stiller seg kritiske til bruk av manualiserte terapier. De færreste av oss er godt nok oppdatert på behandlingsforskning. Generelt er praktiserende terapeuter tilbakeholdne både som forskningskonsumenter og forskningsprodusenter (Nielsen, 1999).

Det finnes et rikt og nødvendig mangfold av behandlingsformer for barn og ungdom i vårt psykiske helsevern. Denne artikkelen understreker betydningen av at vi som klinikere holder oss orientert i dette mangfoldet, og at vi utvikler et mer reflektert forhold til den kunnskap og de vurderinger vi baserer våre behandlingsvalg på. Hensikten med et økt refleksjonsnivå er selvsagt å kunne gi en mer formålstjenlig og bedre fundert behandling for det enkelte barn. En beslektet motivasjon dreier seg om behovet for gode faglige resonnementer i møte med samfunnets krav til vår virksomhet.

Første del av artikkelen tar for seg ulike perspektiver på hvordan vitenskapelig basert kunnskap kan prege valg av behandling. Deretter presenteres Shirk og Russels (1996) modell for bruk av kasusformuleringer i valg av behandlingsstrategi. Avslutningsvis stilles spørsmålet om hva slags kunnskap vi trenger i den kliniske hverdag for å gjøre god behandlingsplanlegging, og det trekkes enkelte implikasjoner for utdanning og forskning.

### **Kunnskapsbasert klinisk praksis: Motstridende innspill**

Begrepet *evidensbasert behandling*, også omtalt som *kunnskapsbasert klinisk praksis*, har i den senere tid fått en sentral plass både i somatisk og psykisk helsevern. Begrepet henviser til en klinisk praksis som er i samsvar med den beste tilgjengelige kunnskapen innenfor angjeldende område, dvs. i samsvar med oppdatert informasjon fra relevant forskning på effekter av ulike former for behandling. En av flere grunner til begrepets aktualitet er samfunnets økede krav til effektivitet i behandling. Som Nielsen (1999) påpeker, er det et poeng «at samfunnets begrensede økonomiske midler blir anvendt på behandling som virkelig hjelper – ja, aller helst på den behandling som hjelper mest for en gitt pasient eller et gitt problem» (s. 436).

Det har vært hevdet (Rønning, Mørch, & Ulvund, 1998) at det eksisterer motstand mot en kunnskapsbasert klinisk praksis innenfor det psykiske helsevern for barn og ungdom, og at denne motstanden er med på å opprettholde avstanden mellom klinikere og forskere. En spør seg: Er klinisk forskning og praksis uforenelige størrelser? En av årsakene til polariseringen mellom klinikere og forskere er, ifølge Rønning et al. (1998), at klinikere innen psykisk helsevern for barn og ungdom har en tendens til å styre sin praksis ut fra avgrensede teoretiske postulater. Det rettes spesielt kritikk mot den psykodynamiske psykoterapitradisjon og radikal sosialkonstruktivisme. Rønning et al. (1998) hevder at vi ikke har holdepunkter for en empirisk basert overordnet modell som er egnet til å forstå hele menneskets utvikling. Forfatterne mener at slike generelle, helhetlige utviklingsteorier vil styre oss i retning av bestemte metoder. Når teorier styrer oss i retning av metoder i for stor grad, hindrer det oss i å få øye på og fordype oss i de kliniske fenomener, sier forfatterne.

Denne argumentasjonen vekker til live erfaringer fra profesjonsstudiet. I enkelte kretser kom de kliniske fenomener ofte i skyggen av fordypning i *metoden*. Liknende erfaringer har jeg gjort i deler av spesialistutdanningen. Opplevelsen av å bli tvunget til å «velge teori», og forestillingen om at én teoritilhørighet utelukker en annen, har også vært nærværende. Rønning et al. (1998) påpeker at slike erfaringer etterlater seg en opplevelse av at «kunnskapen er låst ned i ulike skuffer», noe som ytterligere hindrer oss i uforbeholdent å studere det kliniske fenomen. Rønning et al. (1998) oppsummerer at en teoribasert klinisk praksis leder til en metodefokusert virksomhet. En evidensbasert viten om forskjellige fenomener vil i motsatt fall skape behov for fordypning i flere ulike – eller nye – metoder. Forfatterne etterlyser utredning og analyse av kliniske fenomeners etiologi og en pragmatisk evidensbasert holdning til valg av metode.

Noen metoder ser ut til å egne seg bedre for enkelte tilstander enn andre. Eksempelvis ser det ut til at kognitiv atferdsterapi er virksomt for angsttilstander og tvangstilstander (Fonagy, Target, Cottrell, Philips & Kurtz, 2002). Barn med atferdsvansker responderer best på kognitiv atferdsterapi kombinert med funksjonell og strukturell familiebehandling (Hansen, 1998). Parent Management Training og Multisystemisk terapi gir også gode resultater for atferdsvansker (Kazdin, 2000). ADHD-tilstander lar seg best behandle ved såkalt multimodal terapi – en behandling sammensatt av flere metoder (Fonagy et al., 2002; Hansen, 1998). Psykoedukativ familiebehandling reduserer tilbakefall hos unge med schizofreni (Nielsen, 1999). Atferdsorienterte teknikker er å foretrekke for enurese og enkoprese, og psykosomatiske problemer har i noen grad vist seg å respondere på familiebehandling og psykodynamisk behandling (Hansen, 1998).

Nielsen (1999) understreker at oversikter som sammenfatter funn fra systematisk evaluering av psykoterapi har sin klare verdi. Samtidig advarer han mot tilstander der forskningsresultatene fungerer som en kokebok med entydige fremgangsmåter om hvilken terapiform som bør komme til anvendelse i det enkelte tilfelle. En slik praksis vil ha en tendens til å favorisere randomiserte gruppestudier og kvantifiserbare bedringskriterier på bekostning av hermeneutiske perspektiver og kvalitative metoder. Ulike former for psykodynamisk terapi og humanistisk/eksistensiell terapi vil ikke så lett la seg studere innenfor design som preges av manualer og kvantifiserbare endringsmål. Dessuten kan utenforstående forledes til å tro at disse terapiformene er uvirksomme terapier, og som behandlere kan vi havne i den betenkelige situasjon at en utenforstående tredjepart dikterer hvilken behandling vi skal tilby. Mange vil være skeptiske til en slik utvikling. Den er heller ikke i samsvar med fagetikkens utgangspunkt – at psykologen velger sine metoder på selvstendig grunnlag (Norsk Psykologforening, 1998). Det er også en risiko for at økonomiske og byråkratiske interesser vil overskygge de faglige vurderingene.

Ifølge Ekeland (1999) kan behandlinger som ikke har statistisk signifikant effekt i kontrollerte forsøk, likevel vise seg å virke under kliniske forhold. Behandlinger som er påvist å virke under kontrollerte betingelser, behøver ikke å virke i den kliniske hverdag: «For i naturalistiske sammenhenger, og stilt overfor den enskildte klient, kan ein ikkje som i forskning nullifisere den tilfeldige variansen. Den er klienten sin individualitet, ein nødvendig del av den kliniske røyndomen» (s. 1040).

Terapeutisk endring er i stor grad påvirket av forhold ved klienten selv og andre ekstrateapeutiske faktorer, klientens håp og forventninger og den terapeutiske allianse. Ut fra et slikt perspektiv er det viktig å henvende seg til klientens egen kompetanse og klientens forhold til endring (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Prochaska, 1999). Slik Teigen (2004) uttrykker det, blir konsekvensen å legge teoribrillene til side og justere sin arbeidsmåte etter klientens oppfatning av hva som vil være til hjelp. Dette blir motsatsen til en praksis der spesifikke teknikker har spesifikke effekter på en gitt tilstand, uavhengig av hvem som gir terapi og hvem som mottar den (en *kontekstuavhengig* modell). Nærværende alternativ er en *kontekstavhengig* modell, der

effekt av terapi avhenger mest av relasjonen, og at begge parter har tro på den aktuelle behandlingen.

### **Mellomspill: Hvilken relevans har evidensdebatten i den kliniske hverdag?**

Den foregående diskusjonen illustrerer en tilsynelatende polarisering når det gjelder strategier for behandlingsvalg: evidens og manualer på den ene siden, og relasjon og kontekst på den andre. Mange klinikere vil hevde at denne polariseringen er fiktiv, og overhodet ikke gjenkjennbar i den kliniske hverdag. Praktiserende terapeuter planlegger behandling på grunnlag av et rikt tilfang av både forskningskunnskap og kontekstkunnskap (Rustin, 2001). For å generere hypoteser om barnets situasjon og avgjøre relevant behandling gjøres det avveininger på både generelt og individuelt nivå. Generell kunnskap om barns normalutvikling og psykopatologiske utvikling kombineres med vurderinger av det enkelte barns utviklingsnivå på flere områder (intellektuelt, emosjonelt, sosialt, ferdighetsmessig). Erfaringer i direkte møter med barn og familier gir næring til hypoteser om tilknytning og samspill. Kunnskap om familie, nettverk, kultur og samfunn gir rammeverk for behandlingsplanleggingen.

Slik jeg ser det, forblir slike refleksjoner og vurderinger imidlertid i altfor stor grad usynlige og uartikulerte. De nedfelles sjelden i uttalte, nyanserte og godt faglig begrunnede behandlingsplaner, og deles bare unntaksvis med familier som skal motta behandling. Argumentene for å øke innsatsen på dette området er mange. I denne sammenhengen er det naturlig å trekke frem betydningen av gode faglige resonnementer i møte med helsepolitiske føringer og dokumentasjonskrav. Tydeligere og uttalte resonnementer ville blant annet øke klinikers troverdighet og gjennomslagskraft, og i tillegg styrke vår selvstendighet i behandlingsplanlegging og metodevalg. Enda viktigere er nødvendigheten av å dele våre resonnementer med familiene som skal motta hjelp, og utarbeide behandlingsplaner i samarbeid med dem. En felles forståelse mellom terapeut og familie om retning og mål for behandlingen vil gi næring til allianse og håp, og det vil antakelig bidra til større sammenheng og konsistens i det terapeutiske arbeidet. Studier viser i tillegg at familier som opplever å få en terapiform de selv også ønsker, har større utbytte av behandlingen enn de som ikke får det (Shirk, 2006).

I en arbeidsform som skissert ovenfor er en blant annet avhengig av fleksibilitet mht. metodevalg, og et bredt tilfang av forståelsesmåter. Det er mulig at en sterk grad av teoritilhørighet vil begrense fleksibiliteten, slik enkelte i evidensdebatten har hevdet. Mitt anliggende er å rette oppmerksomheten mot en tilnærming som gjør det mulig å systematisere kunnskap og bevare bredde. Jeg vil nå presentere et alternativ som imøtekommer noen av disse utfordringene.

### **Kasusformuleringer og forandringsprosesser**

Shirk og Russel kommer i sin bok *Change Processes in Child Psychotherapy* (1996) med et interessant alternativ, interessant i den forstand at polariseringer erstattes av en mer

sammensatt, nyansert og ikke-enhetlig modell for valg av behandling. Nedenfor følger en presentasjon av modellen.

Shirk og Russels (1996) utgangspunkt er *barnepsykoterapi*, som defineres ut fra et sett av kjerneantagelser: Barn responderer ikke direkte på sitt miljø, i stedet antas det at indre psykologiske prosesser medierer mellom den sosiale verden og barnets emosjonelle opplevelse og ytre atferd. Det er denne antagelsen om *medierende prosesser* som er særegen for psykoterapi. De medierende prosesser har ulike funksjoner og har gjennom tidene fått navn fra forskjellige teoritradisjoner. Eksempler er avvergemekanismer, mestringsstrategier, interpersonlige representasjoner og narrative skjemaer. Mistilpasning forstås som mangler eller konflikter i de medierende prosesser, og det er disse prosessene som er gjenstand for terapeutiske intervensjoner.

Shirk og Russels (1996) hovedpoeng er at det blir for unyansert å forholde seg til tradisjonelle diagnoser på den ene siden, og det de kaller «treatment brands» på den andre siden, det vil si teoretiske og metodiske hovedtradisjoner i psykoterapifeltet – slik som psykodynamisk terapi og kognitiv atferdsterapi. Det å sammenstille to så unyanserte størrelser, frarøver oss informasjon om *hva ved den terapeutiske tilnærming som skaper hvilke endringsprosesser hos klienten*. Forfatterne ønsker å bringe diskusjonen over på et mer nyansert analysenivå.

### **Fra diagnose til kasusformulering**

Det er stor enighet om at for de fleste psykiske lidelser er diagnoser et ufullstendig utgangspunkt for å avgjøre hvilken terapiform den enkelte klient vil kunne ha nytte av (Fonagy & Target, 2002; Kazdin, 2000; Shirk & Russel, 1996). Mange diagnoser har lav reliabilitet og validitet, og diagnosekategoriene gir rom for betydelig heterogenitet hva symptomer, patogene prosesser og kliniske atferdsytringer angår (Nielsen, 1999). Diagnoser vil i mange tilfeller gi lite informasjon om den relative verdien av ulike former for behandling. En grunn til dette, sier Shirk og Russel (1996), er at diagnoser dreier seg om observerbare mønstre og symptomer, og ikke tilstrekkelig favner de mekanismer som produserer og vedlikeholder symptomer på psykiske lidelser. I den kliniske praksis vil nettopp en nyansert forståelse for slike mekanismer avgjøre hvilke intervensjoner en velger.

Dette poenget illustrerer Shirk og Russel (1996) ved å drøfte hvordan patogeneseforståelsen for tre sentrale psykoterapeutiske hovedretninger – psykodynamisk, kognitiv og klientsentrert – er nær forbundet med intervensjonsmetoder. Forenklet formulert: I den *psykodynamiske* tradisjonen dominerer to patogenesemodeller; en *konfliktmodell* og en *mangelmodell*. Med disse følger to typer terapeutiske intervensjoner: tolkning knyttet til konfliktmodellen og korrigerende interpersonlige intervensjoner knyttet til mangelmodellen. I den *kognitive* tradisjonen forstås psykiske problemer som opprettholdt av ferdighetsmangler og av fastlåste, dysfunksjonelle tenkemåter. Terapeutens intervensjoner retter seg mot å utvikle ferdigheter, for eksempel i sosial mestring eller problemløsning, og mot å endre tankemønstre og kognitive skjemaer. I den *klientsentrerte* tradisjonen forbindes

psykiske lidelser med tilbakeholdte eller undertrykte følelser. Terapeutens varme og mottagende holdning samt intervensjoner som henvender seg til og fasiliterer følelsesuttrykk, muliggjør at følelser som har vært undertrykt, kan uttrykkes, gjenkjennes og aksepteres.

Det er forbindelsen mellom patogeneseforståelse og terapeutiske intervensjoner Shirk og Russels (1996) modell rettes mot. Barn med liknende symptomkonstellasjoner er langt fra en homogen gruppe, sett i lys av de underliggende prosesser som produserer eller vedlikeholder deres manifeste problemer. Eksempelvis kan de patogene prosesser som opprettholder aggressiv atferd være vansker med affektregulering, umodne problemløsningsstrategier eller maladaptive forventninger til sosiale relasjoner. Shirk og Russel søker å finne fram til *beskrivelser* som favner både symptombylde og patogene prosesser. De hevder at slike beskrivelser vil danne et langt mer fullverdig grunnlag å gjøre et behandlingsvalg på. Disse beskrivelsene, eller *kasusformuleringene*, inneholder både kartlegging av et problem og hypoteser om psykologiske prosesser som ligger til grunn for og vedlikeholder problemet.

Gjennom kasusformuleringer rettes oppmerksomheten mot patogene prosesser framfor etiologi. En innvending er at en slik praksis blir for individuell, for lite generaliserbar. Shirk og Russel (1996) hevder at det er mulig å identifisere grunnleggende kasusformuleringer, formuleringer som representerer *forskjellige klasser av patogene prosesser* – altså et alternativ til symptombasert klassifisering. I denne sammenheng anvender de en tankegang hentet fra såkalt prototypeteori (Rosch, 1973, 1978, i Shirk & Russel, 1996). Denne teorien går ut på at de fleste kategorier vi bruker i «hverdagskognisjonen» (grunnleggende kategorier), har uskarpe skiller mot andre kategorier, men inneholder en klar prototyp. Prototypen representerer det konseptuelle ideal for kategorien – et abstrakt bilde eller en samling av trekk som er mest representativ eller typisk for en spesiell kategori. Et eksempel er at en joggesko er mer representativ for kategorien «sko» enn en sandal. Det har vist seg at vi mennesker i overraskende stor grad enes om slike prototyper. Dette gjelder også for klinikere i møte med diagnoser (Cantor et al., 1980, i Shirk & Russel, 1996). Shirk og Russel hevder at mens reliabiliteten for tradisjonelle diagnoser ofte er svak, er den betraktelig bedre for kasusformuleringer. De foreslår seks grunnleggende kasusformuleringer:

- Indre konflikt («internal conflict formulation»)
- Ego-mangel («ego deficit formulation»)
- Ferdighetsmangel («skills deficit formulation»)
- Kognitiv fordreining («cognitive distortion formulation»)
- Lav selvfølelse («low self-esteem formulation»)
- Emosjonell forstyrrelse («emotional interference formulation»)

Formuleringene er prototypiske, ikke stereotypiske. I praksis vil en kasusformulering ha kjernekaraktistikker som samsvarer med den prototypiske formuleringen, men den vil samtidig ha unike trekk. Formuleringene må betraktes som veiledende

hypoteser, og det vil som regel kreves en revurdering etter som behandlingssamarbeidet utfolder seg.

Slik jeg forstår det, springer de to første formuleringene ut fra det forfatterne har kalt en psykodynamisk tradisjon, de to neste ut fra en kognitiv atferdstradisjon og de to siste ut fra en såkalt klientsentrert tradisjon. Betydningen av patogeneseformuleringer som retningsgivende for intervensjoner er, som jeg har vært inne på, ikke ny. Det som er nytt ved denne modellen, er at den inkluderer flere ulike formuleringer. Problemet har vært at klinikere gjerne dedikerer seg til en tradisjon, med tilhørende alternativer for patogeneseforståelse og intervensjonsmåter. Disse anvendes på en svært heterogen klientgruppe, med et mangfold underliggende patogene mekanismer. Et av Shirk og Russels (1996) hovedpoeng er at de ulike formuleringene i modellen ikke er rivaliserende konseptualiseringer av det samme patologiske fenomenet, men reflekterer *reelle forskjeller* i tilstandsbilder.

### **Fra terapeutiske hovedretninger til forandringsprosesser**

En av hovedantakelsene hos Shirk og Russel (1996) er at formuleringer om patogene prosesser må være innebygget i valg av effektiv behandling. Videre mener de at ulike terapeutiske intervensjoner ikke er like effektive for alle typer patogene prosesser. På samme måte som en tradisjonell diagnose gir utilstrekkelig informasjon, er det behov for mer nyanserte størrelser enn terapeutiske hovedretninger når en skal velge blant behandlingsalternativer.

Shirk og Russel (1996) understreker at barn i behandling ikke først og fremst responderer på terapeutens teoretiske orientering, men på hva terapeuten faktisk gjør. De trekker en parallell til studier av barn som vokser opp hos foreldre med alvorlige psykiske lidelser: Vi kan ikke si noe overordnet om forskjeller på barn som har vokst opp hos for eksempel foreldre med en schizofrenidiagnose sammenliknet med foreldre med en depressiv lidelse. For å finne forskjeller må vi lete i interaksjonelle prosesser. Dette gjelder også i terapi.

Ut fra denne argumentasjonen er overordnede terapitilnærminger ikke hensiktsmessige kategorier å benytte ved valg av behandling. Et alternativ er å identifisere ulike *forandringsprosesser* i terapi. Fenomener som er relevante for å forstå forandring i terapi, behøver ikke være svært forskjellige fra de fenomener som studeres i andre områder av psykologien, for eksempel innenfor utviklingspsykologien og læringspsykologien. Shirk og Russel (1996) utforsker forandringsprosesser innenfor tre sammenknyttede, men analytisk adskilte domener: interpersonlige, kognitive og emosjonelle. Kort oppsummert inneholder hver forandringsprosess følgende sentrale elementer:

Når det gjelder *interpersonlige* forandringsprosesser, står den terapeutiske relasjonen sentralt. Forandring kan skje ved at terapeuten bekrefter barnets egenverd (relasjonell støtte), ved at terapeut og barn samarbeider om situasjoner som utvider barnets funksjonelle kapasitet («supportive scaffolding»), og ved at terapeuten gir barnet



mulighet til å engasjere seg i nye relasjonelle mønstre (korrigerende relasjonelle erfaringer).

*Kognitive* forandringsprosesser oppstår når terapeuten hjelper barnet til å modifisere implisitte antagelser og forventninger som ligger i de narrative representasjoner (endring av kognitive skjemaer), når barnet oppnår øket selvoppmerksomhet som følge av en reorganisering av erfaringenes betydning, og når barnet lærer seg adaptive eller kompensatoriske kognitive ferdigheter.

I fokus for de *emosjonelle* forandringsprosesser står evnen til å gjenkjenne og akseptere egne følelser, modulere følelsers intensitet og varighet, og forstå deres mening. Forandring skjer når terapeuten hjelper barnet til å uttrykke eller dele sine følelser, når emosjonell erfaring integreres og barnet forstår dens personlige mening, når terapeuten lærer barnet å kjenne igjen og snakke om egne og andres følelser, og når terapeuten hjelper barnet til å utvikle sin evne til affektregulering.

De tre typer av forandringsprosesser vil alltid ha elementer av andre forandringsprosesser i seg. Shirk og Russel (1996) finner det likevel hensiktsmessig å beholde denne tredelingen. Forandringsprosessene grupperes i forhold til den relative vekt av hver komponent. Under kognitive forandringsprosesser finner en prosesser der den kognitive komponenten er mest framtrædende, osv.

La meg kort illustrere tankegangen slik den kan fortone seg i klinisk praksis. En kasusformulering kan for eksempel beskrive at barnets hovedproblem er neddempet stemningsleie og emosjonell uttrykksløshet, kombinert med en engstelig og klengete væremåte. Den sentrale patogene prosessen som antas å produsere og opprettholde slike problemer, kan være et massivt indre press av intense og uløste emosjonelle erfaringer. En kan se for seg et barn som bruker sine krefter på å holde overveldende følelser på avstand, begrenser tilgangen til eget følelsesregister, og har utviklet maladaptive strategier for affektregulering. En *emosjonell interferens-formulering* vil antakelig best dekke dette barnets vansker. Terapeuten vil først og fremst henvende seg til og forsøke å igangsette emosjonelle forandringsprosesser i det terapeutiske møtet.

Men valg av intervensjonsstrategi vil ikke utelukkende baseres på grad av samsvar mellom kasusformulering og forandringsprosess. Først og fremst er det nødvendig å utforske i hvilken grad barnet og familien finner mening i de hypoteser en gjør seg om patogene prosesser og mulige forandringsprosesser. Det er alltid mulig å rette oppmerksomheten mot andre sider av den patogene prosessen og henvende seg via andre forandringskanaler. Forståelsen av både patogenese og forandringsprosess kan bli endret i løpet av terapien. Barnets utviklingsnivå, familieforhold og kulturelle forhold må videre tas i betraktning ved valg av behandling.

### **Hva slags evidens trenger vi i den kliniske hverdagen?**

Jeg startet med å presentere enkelte dilemmaer som har opptatt meg når det gjelder virksomheten i psykisk helsevern for barn og ungdom. Dilemmaene knyttet an til spørsmålet om hvilke vurderinger og avveininger som styrer klinikers valg av

behandling. Jeg stilte meg kritisk til de tilfeldigheter jeg har erfart i forbindelse med at barn blir gitt behandlingstilbud, og jeg etterlyste vurderinger med tilstrekkelig faglig autoritet også i møte med samfunn og myndigheter.

Jeg stilte spørsmål om hva slags kunnskap vi trenger for å utvikle et reflektert forhold til de avveininger vi gjør ved behandlingsvalg, og trakk frem sentrale argumenter i evidensdebatten. Kontrasten mellom et manualisert og kontekstuavhengig behandlingssyn og en relasjonsorientert, kontekstavhengig innfallsvinkel dannet en tilsynelatende polarisering.

På grunnlag av min gjennomgang mener jeg det er mulig å se for seg behandlingsplanlegging og klinisk praksis som kombinerer et kunnskapsbasert og relasjonsorientert, kontekstavhengig behandlingssyn. Det fordrer en forståelsesmåte som er fenomennær, som favner mangfoldet i teoretiske innfallsvinkler og bevarer metodebredde. Shirk og Russels (1996) modell for kasusformuleringer og forandringsprosesser er i denne artikkelen presentert som et mulig alternativ.

Hvilke endringer i vår *utdanning* ville være nødvendige for å bevege seg mot en klinisk praksis som beskrevet ovenfor? Jeg har tidligere vært inne på at deler av både profesjonsstudiet og spesialistutdanningen har etterlatt seg opplevelsen av at kunnskapen er «låst ned i ulike skuffer» (Rønning, 1998). Sterk tilhørighet til respektive modeller kan gjøre oss som behandlere dårlig i stand til og motivert for å integrere ulike metoder og teknikker. Det etterlyses fra flere hold en forskningsbasert og samordnet klinisk psykologisk utdanning, der ulike terapeutiske metoder, forståelsesrammer og innfallsvinkler plasseres i en meningsfull sammenheng. En slik endring ville gjøre klinikere bedre rustet til først og fremst å studere det kliniske fenomenet og tilpasse sine metoder deretter.

Hva kjennetegner *forskning* som er på bølgelengde med en fenomennær klinisk praksis? Sentrale kliniske forskere (Fonagy et al., 2002; Kazdin, 2000, 2003) påpeker at mye av det som knytter evidens sammen med den virkelige verdens kliniske praksis, fremdeles er uutforsket. Det er behov for forskning som har sitt utspring i den kliniske hverdag, og som utføres under de betingelser som praktiserende terapeuter arbeider under og konfronteres med. Kazdin (2003) hevder at forskere hittil har lagt for mye vekt på *utfall* av terapier, og i for liten grad har studert mekanismer som er forbundet med terapeutisk *endring*. Det eksisterer felles underliggende endringsprosesser i mange ulike terapiformer, og en bør lete etter slike prosesser med et utviklingspsykologisk perspektiv (Kazdin, 2000, 2003). En trussel mot vitaliteten i barneterapifeltet er ifølge Shirk og Russel (1996) at brorparten av litteraturen om utvikling av grunnleggende psykologiske prosesser ikke har blitt absorbert i den terapeutiske tradisjonen. Det å identifisere hvordan terapi virker i en eller to terapiformer, kunne avdekke prosesser som potensielt er virksomme i mange terapiformer. En stor fordel ved denne innfallsvinkelen er det faktum at barns læring, endring, tilpasning og utvikling ikke er unik for behandlingssituasjonen. Svarene kan dermed hentes også fra andre arenaer enn den terapeutiske relasjon. Det blir vanligvis sagt at vi trenger mer forskning om hva som virker i terapi. Kazdin (2000, 2003) sier at vi ikke trenger *mer*, men *annerledes*

forskning. Han hevder at det er forskningens kvalitet mer enn kvantitet som kommer til å avgjøre progresjonen når det gjelder spørsmålet om effektiv behandling for barn og ungdom.

Signy Marie Kværneng Stoltenberg

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Nic Waals Institutt

Spångbergveien 25

Pb 43 Tåsen

0801 Oslo

Tlf 22 02 88 00

E-post [signymarie.stoltenberg@lds.no](mailto:signymarie.stoltenberg@lds.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 1, 2007, side 11-16*

#### TEKST

**Signy Marie Kværneng Stoltenberg**

+ Vis referanser

#### Referanser

Ekeland, T.-J. (1999). Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 36, 1036-1047.

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Philips, J. & Kurtz, Z. (2002). What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. New York: The Guilford Press.

Hansen, B. R. (1998). Effekt av psykoterapi med barn. Myter og realiteter. I M. Kjær (red.), Reisefølge i barndommens rike. Psykoterapi med barn (ss. 256-272). Oslo: Kommuneforlaget.

Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). The heart and soul of change: What works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (2000). Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice. New York: Oxford University Press.

Nielsen, G. H. (1999). Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. Utfordringer og dilemmaer ved årtusenskiftet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 36, 436-446.

Norsk Psykologforening. (1998). Ethiske prinsipper for nordiske psykologer. [Online.]

Norsk Psykologforening. Tilgjengelig: URL <http://www.psykol.no/>, [08.09.2004].

Prochaska, J. O. (1999). How do people change and how can we change to help many more people? I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), The heart and soul of change: What works in therapy (ss. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association.

Rustin, M. (2001). Research, evidence and psychotherapy. I C. Mace, S. Moorey & B. Roberts (Eds.), Evidence in the psychological therapies. A critical guide for practitioners (ss. 27-45). Hove UK: Brunner-Routledge.

Rønning, J. A., Mørch, W. & Ulvund S. E. (1998). Utfordringer i utvikling av evidensbasert klinisk praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 35, 1068-1074.

Shirk, S. R. (2006). Case formulations in child therapy. Going beyond diagnosis in treatment planning. Foredrag Oslo, 14.03.06.

Shirk, S. R. & Russell, R. L. (1996). Change processes in child psychotherapy. Revitalizing treatment and research. New York: The Guilford Press.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

Teigen, A. M. F. (2004). Klientens forandrings-teori i familierapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41, 544-551.

Weisz, J. R. & Kazdin, A. E. (2003). Concluding thoughts: Present and future of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. I A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (ss. 439-451). New York: The Guilford Press.