

CASEFORMULERING – I EN UDVIKLINGSPSYKOPATOLOGISK REFERENCERAMME

Anegen Trillingsgaard og Mette Elmose

Det bliver stadig mere almindeligt at støtte sig til diagnostiske systemer som DSM-IV eller ICD-10 i udredningen af psykiske forstyrrelser hos børn og unge. Om end brug af diagnoser er blevet meget udbredt, udgør disse ikke et fyldestgørende grundlag for individuel behandlingsplanlægning i forhold til det enkelte barns vanskeligheder eller familiens behov. Der er behov for en supplerende metode som caseformulering, der kan give klinikerne bedre mulighed for at skabe en meningsfuld forståelse af barnets vanskeligheder samt et mere individualiseret, udviklingsorienteret og kontekstuelt grundlag for beslutninger om behandling. En god udredning munder ud i både en diagnostisk klassifikation og en klinisk caseformulering. I artiklen præsenteres en model for udarbejdelse af caseformulering i en udviklingspsykopatologisk ramme. Caseformulering i denne ramme er en sammenhængende teori om den enkelte case med hypoteser om: hvorfor vanskelighederne er opstået, hvad der opretholder dem, og hvad der forhindrer, at de bliver værre – set i lyset af barnets udviklingshistorie, sårbarhed, risikofaktorer samt beskyttende faktorer. Gennem udarbejdelse af caseformuleringen bringer klinikerne sit fags empiriske viden i anvendelse i forhold til den enkelte case på en systematisk måde. Der argumenteres for caseformulering som et eksempel på evidensbaseret praksis.

Indledning

Denne artikel handler om klinisk psykologisk og psykiatrisk praksis med børn og unge. Mere præcist handler den om, hvordan klinikerne skaber mening i de mange forskellige informationer, der indsamles under udredning af en sag. Forældrene bringer forskellige erfaringer og overvejelser vedrørende deres barns vanskeligheder, hvad der er kernen i problemerne, hvordan og hvorfor de opstod, og hvilken rolle de selv og forskellige forhold har spillet undervejs. Skole og fritidshjem supplerer med iagttagelser af barnet i en læringssituation og i sammenhæng med jævnaldrende. Psykologiske tests,

ratingskalaer og observationer foretaget under udredningen bidrager med en tredje type af information. Hvordan vægter, sorterer og sammenfatter klinikerne alle disse informationer på en måde, som skaber mening for familie og netværk og samtidig skaber et grundlag for planlægning af indsats? Og hvordan sikrer klinikerne, at mængden af informationer i den enkelte case analyseres og sammenfattes på en systematisk måde? Eller sikrer, at processen inddrager den omfattende teoretiske og empiriske viden, der er til rådighed i klinisk psykologi og psykiatri? Det er udfordringen, som denne artikel tager op. Der argumenteres for at arbejde inden for et forskningsbaseret vidensfelt som udviklingspsykopatologien med anvendelse af et 'systematisk link', der gør det muligt at bygge bro mellem empiri og praksis (Havinghurst & Downey, 2009). Udviklingspsykopatologi (Developmental Psychopathology) er defineret af Rutter & Sroufe (2000), Cicchetti & Cohen (1995), Cicchetti (2006) og flere andre. Helt kort er udviklingspsykopatologi et forskningsfelt med særlig fokus på de processer, som bidrager til eller beskytter mod udviklingen af psykopatologi. Som det 'systematiske link', der sammenholder den konkrete sag med udviklingspsykopatologisk viden, anvendes Alan Carrs grundskema/grundmodel for udviklingspsykopatologiens 4 P'er, hvor P'erne står for Predisposing, Precipitating, Perpetuating og Protective factors eller oversat prædisponerende, fremskyndende, vedligeholdende og beskyttende faktorer (Carr, 2006).

1. Der er behov for et supplement til diagnosticering

Det er blevet mere og mere almindeligt at støtte sig til diagnostiske systemer som DSM-IV eller ICD-10 i udredning af psykiske problemer hos børn og unge. Diagnosticering bygger på en medicinsk sygdomsforståelse og repræsenterer en kategorial tilgang til definition og afgrænsning af somatiske og psykiske sygdomme. Formålet er at identificere sygdomme, differentiere dem fra hinanden og kortlægge årsagsforhold og prognose. Psykiske forstyrrelser hos børn og unge operationaliseres som adfærdssyndromer på basis af symptomer, som hyppigt forekommer sammen i relativt reliable grupperinger. De psykiske forstyrrelser defineres og identificeres således på basis af adfærdskriterier. Der er fortsat ikke fuld enighed om, hvad der er psykopatologiens natur i løbet af barndom og ungdomsår, hvilke specifikke adfærdskriterier, det er mest hensigtsmæssigt at bruge, eller hvilken rolle diagnosticering bør spille i det kliniske arbejde. Men diagnoser fungerer i en klinisk hverdag, hvor de udgør et vigtigt fundament for vurdering af den enkelte patient, kommunikation, erfaringsopsamling og forskning. Som beslutningsgrundlag for behandling er den diagnostiske tilgang imidlertid utilstrækkelig af flere forskellige grunde, ikke mindst når det handler om børn og unge. Disse grunde skal kort omtales i det følgende.

I diagnostik af børn og unge forekommer en høj grad af komorbiditet, hvilket betyder, at det enkelte barn opfylder kriterierne for flere diagnoser. Desuden er diagnoserne heterogene, hvilket betyder, at forskellige børn opfylder én og samme diagnose på basis af helt eller delvist forskellige adfærdskriterier. Som en konsekvens af dette ses meget store individuelle forskelle mellem børn, som har samme hoveddiagnose. Disse børn vil også have forskelligt behandlingsbehov. Derfor udgør diagnosen i sig selv ikke et fyldestgørende grundlag for individuel behandlingsplanlægning (Bruch, 1998b). Dertil kommer, at børn og unge er midt i en rivende udvikling, hvor udviklingsprocesser interagerer med psykopatologien. I bedømmelse af psykopatologi og i planlægning af behandling må man derfor medtænke udviklingsmæssige mangler og potentielle muligheder for at udvikle nye kompetencer. Uden dette opnås ikke fuld forståelse af de aktuelle vanskeligheder eller hvilken type indsats, der er behov for.

Barnet og den unges psykiske problemer og tilpasningsvanskeligheder kan ikke bedømmes uafhængigt af den familiære og sociale sammenhæng, de indgår i. Barnet er under kontinuerlig påvirkning af dets omgivelser, derfor må også signifikante forhold i konteksten medtænkes. På dette område kommer diagnosen ligeledes til kort.

Endnu et forhold understreger behovet for supplerende metoder til den diagnostiske. Moderne diagnoser er ateoretiske. Det er tilstræbt og har sine styrkesider, men også svagheder. Det er en svaghed, at de informationer, der indsamles om barnets symptomer, ikke sættes ind i en overordnet teoretisk sammenhæng, som kan bidrage til at skabe mening og forståelse for både kliniker og familien. Der er behov for en supplerende sammenfatning af den enkelte case inden for en teoretisk ramme, som kan skabe en meningsfuld forståelse af barnets vanskeligheder og danne grundlag for beslutninger om behandling, som er specifikt tilpasset det enkelte barn.

Den deskriptive diagnose giver en generel struktur til forståelse af, hvordan et barn eller ungt menneske reagerer, men ikke tilstrækkeligt med klinisk relevante informationer om individuelle udviklingsmæssige og kontekstuelle faktorer i den enkelte case (Carr, 2006).

Denne artikels grundholdning vedrørende diagnostik og caseformulering er helt på linie med Winters et al. (2007, p. 114), som skriver: ”Der er konsensus om, at diagnoser og caseformulering kompletterer hinanden og bør sameksistere. Diagnoser indeholder ikke kompleksiteten i den enkelte case. Generelt fortæller diagnosen ikke kliniker, hvorfor to børn med samme diagnose, som fx obsessiv kompulsiv forstyrrelse, kan være forskellige med hensyn til sværhedsgrad, sårbarhed, forhold som har udløst eller forværret symptomerne, symptomernes påvirkning af barnets udvikling, eller den mening symptomerne har for barn og familie. Caseformulering må ses som et værktøj, som kan supplere og anvendes sammen med diagnoser for at fange det specifikke i individets liv. Caseformulering tjener også som et redskab til komme fra diagnose til behandlingsplan, specielt til valg af interventions-type og tidspunkt for intervention.”

Følgende citat af Taylor og Rutter (2002, p. 13) udtrykker en tilsvarende holdning: ”Diagnosen udgør blot et af flere aspekter ved casen, som kan guide beslutningstagningen. Diagnosen fungerer som et kort for navigatøren og hjælper ham med viden om, hvad han sandsynligvis vil møde på sin vej. At ignorere diagnosen er som at sejle uden kort, men udelukkende at beslutte behandling på basis af kortet er som at sejle uden at se på havet for at orientere sig om andre fartøjer, isbjerge og andre forhold. Derfor bør udredningen ikke blot munde ud i en diagnose, men også i en sammenhængende klinisk formulering.”

2. Hvad er klinisk caseformulering?

I arbejdet med caseformulering indgår tre komponenter: Første komponent er alle de informationer, klinikerer har indhentet under udredningen gennem interview, observation, test og ratingscales. Anden komponent er udviklingspsykopatologisk viden om psykiske forstyrrelser hos børn og unge. Tredje komponent er et begrebsmæssigt skema (teoretisk model), som kan bidrage til at sammenholde kliniske data med empirisk viden. Skemaet har til formål at filtrere, reducere, organisere og give mening til mængden af indsamlede data.

Under udarbejdelse af en caseformulering analyseres og sammenholdes de informationer, som er indhentet under udredningen med relevant udviklingspsykopatologisk viden om den pågældende psykiske forstyrrelse. På den baggrund formuleres hypoteser om, hvordan barnets/den unges psykiske problem har udviklet sig, hvordan det bliver vedligeholdt, og hvilke forhold som forhindrer, at det bliver værre. Caseformulerings-processen foregår ofte i et samarbejde med familien og indeholder også dennes hypoteser om problemet på en respektfuld måde. Caseformuleringen giver mulighed for en mere dynamisk forståelse, idet der arbejdes med forskellige hypoteser, som man relativt hurtigt kan justere, såfremt man får ny viden fra forældrene, gennem intervention eller lignende (Havinghurst & Downey, 2009; Winters, 2007; Herbert, 2001; Carr, 2006; Division of Clinical Psychology, 2001; Rutter & Taylor, 2008).

Den kliniske caseformulering er en metode, der hjælper klinikerer med at skabe sig en forståelse af samspillet mellem biologisk sårbarhed (som genetisk disposition), individuelle karakteristika (som temperament eller kognitive vanskeligheder), familiære faktorer (som følelsesmæssigt klima eller opdragelsesmæssig praksis) og disses forskellige betydning for udvikling og vedligeholdelse af psykopatologi i den enkelte case. Uden denne forståelse kan man ikke vælge og målrette sin behandling. De fleste kliniske psykologer og psykiatere, der arbejder med børn og unge, vil sige, at de ’i store træk’ sammenfatter cases i en formulering som her beskrevet. Psykologerne vil dertil ofte sige, at det i virkeligheden er mere i tråd med deres

psykologfaglige baggrund end diagnosticering. Men sagen er, at det ofte gøres på måder, der savner systematik. Dermed risikerer udfaldet at blive meget personafhængigt og variabelt. Kun den systematiske anvendelse af en empirisk faglig viden kan hæve caseformuleringen over commonsense-niveauet og frigøre resultatet fra den enkelte klinikers blinde pletter og bias.

Trods den betydning der tillægges caseformulering i klinisk praksis med børn og unge, bl.a. fra førende faglige personligheder som Michael Rutter (Rutter & Taylor, 2002) lever metoden helt i skyggen af de diagnostiske klassifikationssystemer. Litteraturen om caseformulering er begrænset, og undervisning og træning i metoden er sparsom (Winters et al., 2006). Stillet over for forventning om stringens i udformningen af caseformulering synes mange klinikere, at det bliver for uoverskueligt og tidskrævende. Det er denne artikels holdning, at det ikke er mere tidskrævende end en tilsvarende grundig diagnostik, men at det selvfølgelig er et spørgsmål om træning, som det også er med god diagnostik.

Denne artikel redegør for caseformulering som en metode til sammenfatning af de mange forskellige informationer, der indhentes under en udredning, på en meningsfuld og videnskabeligt underbygget måde. Udviklingspsykopatologien og dens overordnede metamodel egner sig særdeles godt som videnskabelig ramme for denne proces. En caseformulering inden for denne ramme er en teori om barnets psykopatologi – ikke om dets personlighed. Alle forhold, som har betydning for psykopatologiens tilblivelse, opretholdelse eller bedring, kan integreres i caseformuleringen. Det kan være personlige variable som temperament, usikker tilknytning eller personlighedens integritet – i den udstrækning der er videnskabelige undersøgelser, der dokumenterer disse forholds betydning for psykopatologien. Caseformulering kan udarbejdes inden for andre teoretiske rammer. Caseformulering spiller en helt central rolle for terapiprocessen i kognitiv-adfærdsterapeutisk terapi. I psykoanalytisk orienteret psykoterapi arbejdes ligeledes med caseformulering på basis af denne teoris kernebegreber. I bogen 'Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making sense of people's problems' beskriver forfatterne Lucy Johnstone og Rudi Dallos (2006) caseformulering inden for en række forskellige teoretiske referencerammer. Der gives eksempel på kognitiv-adfærdorienteret-, social-konstruktionistisk-, psykodynamisk- og integrativ formulering. Læseren har mulighed for at sammenligne disse forskellige formuleringer ved hjælp af to gennemgående cases.

I det følgende præsenteres nogle centrale temaer i udviklingspsykopatologien af relevans for denne artikels emne.

3. Udviklingspsykopatologi – den valgte ramme for caseformulering

Det var Sroufe & Rutter, en udviklingspsykolog og en børne- og ungdomspsykiater, der i midten af 80'erne definerede feltet 'Developmental

Psychopathology' som: "Udforskningen af forskellige former for psykiske forstyrrelser, disses oprindelse og udviklingsforløb – uafhængigt af hvilke (forskellige) adfærdsmæssige udtryk disse måtte tage i løbet af udviklingen og uafhængigt af hvor komplekst udviklingsforløbet måtte blive." (Sroufe & Rutter, 1984, p. 18).

Udviklingspsykopatologi er et tværfagligt forskningsfelt med fokus på de faktorer, der bidrager til eller beskytter mod udviklingen af psykopatologi. Feltet har udviklet sig siden starten af 80'erne og danner i dag en frugtbar grobund for forskning om psykopatologi, interventionsformer og forebyggelse. Mange forskellige fagdiscipliner har bidraget til denne udvikling og den enorme empiriske vidensbase, der er opbygget. Først og fremmest udviklingspsykologi, klinisk psykologi og psykiatri, men også andre fagdiscipliner som kognitionsvidenskab, neurovidenskab, genetik, fysiologi, kulturantropologi, sociologi og epidemiologi (Shirk, Talmi & Olds, 2000; Toth & Cicchetti, 1999).

Udviklingspsykopatologien har udviklet sig under et fælles begrebsmæssigt stillads (metamodel), som organiserer den enorme mængde af viden på feltet. Der er ikke tale om nogen egentlig psykopatologisk teori, men en overordnet ramme for et frugtbart forskningsfelt. Den overordnede ramme er udviklingsorienteret og inspireret af systemteori. Dette begrebsmæssige stillads åbner for en integrativ tilgang, hvor fælles sprog og metoder bidrager til et frugtbart tværfagligt samarbejde. Derved fremmes dialogen mellem forskere fra forskellige fagdiscipliner, mellem udviklingspsykologiske forskere, kliniske forskere og kliniske praktikere og ligeledes mellem fagfolk inden for forskellige teoretiske referencerammer (Toth & Cicchetti, 1999; Cicchetti & Cohen, 1995). Det sidste betyder, at man inden for feltet finder begreber som tilknytning, skemata, forsvarsmekanismer, eksekutive funktioner m.m., som vidner om udviklingspsykopatologien som den metamodel, der integrerer forskning inden for psykologiens forskellige teoretiske rammer og discipliner.

Der er en række temaer i udviklingspsykopatologien, som har særlig betydning for klinisk caseformulering:

Psykopatologi er et udviklingsresultat

I et udviklingspsykopatologisk perspektiv udvikler psykiske forstyrrelser sig gennem en række successive tilpasninger, som personen foretager i forhold til sin omverden. Psykopatologi er i dette perspektiv et komplekst resultat af en myriade af risiko- og beskyttende faktorer, som har opereret over tid (Sroufe, 1997). Udfordringen ligger derfor i at forstå, hvorfor udviklingen på et givet tidspunkt har taget en afvigende kurs.

I forskellige udviklingsperioder bliver barnet stillet over for forskellige 'udviklingsopgaver', hvortil det skal bruge både indre og ydre ressourcer for at tilpasse sig de udviklingsmæssige krav og løse sin 'udviklingsopgave'.

Hvis barnet er i stand til succesfuldt at tilpasse sig disse krav, bliver dets udvikling med stor sandsynlighed orienteret mod en normal udvikling, hvori- mod fiasko eller vanskeligheder med at opnå et godt 'forhandlingsresultat' kan placere barnet på en udviklingsvej i retning af psykopatologi. Set i dette perspektiv er psykopatologi tæt forbundet med barnets vanskeligheder eller manglende evne til at løse sin udviklingsopgave, hvad enten dette skyldes kognitive vanskeligheder eller ikke-optimale opvækstforhold (Cicchetti, 1984). Allerede Anna Freud skrev, at det sikreste kriterium for, at et bestemt adfærdsmønster indikerer psykopatologi, er, at det interfererer med barnets evne til at fortsætte sin udvikling. Hun var en af dem, der lagde grunden for den udviklingsorienterede psykopatologiforståelse.

For udviklingspsykopatologien er det essentielt at identificere og forstå både de signifikante udviklingsmæssige opgaver, som knytter sig til en given udviklingsperiode, og forhold af betydning for, at den normale udvikling ikke længere følges. Signifikante udviklingsopgaver i den tidligste udvikling er affektregulering, sikker tilknytning samt sociale og kommunikative færdigheder. Vedrørende risikofaktorer i samme periode kan nævnes neuropsykologisk betingede vanskeligheder eller vanskeligt temperament, der øger barnets sårbarhed i forhold til kontekstuelle risikofaktorer som utilstrækkelig sensitiv kontakt og omsorg eller disharmoni i familien. Samspillet mellem risiko og beskyttende faktorer uddybes senere i artiklen.

Om end metamodellen kan ligne en fasemodel, er der ikke tale om dette i en traditionel deterministisk forstand. Udviklingsopgaverne bygger oven på hinanden, men eksisterer fortsat, således at der til enhver tid er mulighed for 'genforhandling' af et mindre optimalt udviklingsresultat. Den deterministiske tilgang er erstattet af en probalistisk, hvor der opereres med sandsynligheder i forhold til udviklingsvejens kurs mod henholdsvis normalitet og psykopatologi.

Kontinuitet og diskontinuitet

Udviklingspsykopatologi interesserer sig for både tilpasning og mistilpasning med fokus på overgange, kontinuitet og diskontinuitet imellem normalitet og psykopatologi. Følger man børn med psykiske forstyrrelser ses, at nogle forbliver i et forstyrret/mistilpasset udviklingsforløb (kontinuitet), mens andre ændrer kurs mod et sundere forløb (diskontinuitet). (Cicchetti, 2006). Udviklingspsykopatologien er ikke kun interesseret i individer, som udviser psykopatologi, men i lige så høj grad i individer som er i risiko for det. Tilsvarende interessante findes individer, som efter at have taget en afvigende udviklingsvej tager en mere positiv mod normalisering. Endelig interesserer udviklingspsykopatologien sig for udviklingsforløb, hvor personen trods tidlig udsættelse for diverse fortrædeligheder opnår kompetent tilpasning. Ved at identificere de processer, som beskytter individer med høj risiko mod at udvikle psykopatologi, kan terapier designes til at inkorporere potentielle beskyttende faktorer (Toth & Cicchetti, 1999).

Fra monokausalitet til multideterminisme

Alvorlig mistilpasning er resultatet af et komplekst samspil mellem multiple psykologiske, sociale og biologiske processer. Denne erkendelse har medført, at en monokausal forståelse (én årsag fører til ét og samme resultat på tværs af individer) er forladt. Selv under påvirkning af massiv psykosocial belastning er det ikke alle individer, der slås ud af den adaptive kurs. Med andre ord, der er sket en bevægelse væk fra en monokausal forståelse til en forståelse af diversitet i forløb og udviklingsresultat – såkaldt multideterminisme. Multideterminisme karakteriseres ved principperne equifinalitet og multifinalitet, som stammer fra generel systemteori.

Equifinalitet refererer til det fænomen, at individer, der udvikler en given psykisk forstyrrelse, ikke gør det af samme grunde og ikke har fulgt samme udviklingsvej. Et og samme udkomme kan være resultatet af forskellige udviklingsveje. En bestemt vej til en given patologi synes mere undtagelsen end reglen. Multifinalitet forudsiger det modsatte, nemlig at forskellige typer af udkomme kan være udsprunget af et og samme udgangspunkt. Deri ligger også, at en særlig belastning ikke nødvendigvis fører til samme psykopatologiske udkomme i alle individer – netop fordi sådanne faktorer ikke opererer i isolation (Shirk, Talmi & Olda, 2000).

Opfattelsen af psykopatologi som et udviklingsresultat, fokus på kontinuitet og diskontinuitet samt multideterminisme understøtter caseformuleringens teori om den unikke udviklingsvej ind i psykopatologi i den enkelte case.

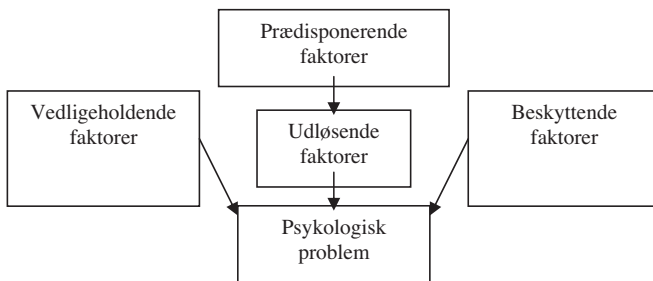
4. En systematisk tilgang til udarbejdelse af caseformulering

Der anvendes en række forskellige tilgange og dataindsamlingsmetoder i forbindelse med udredning af psykiske forstyrrelser hos børn og unge. Herunder også forskningsunderstøttede redskaber som psykologiske test, ratingskalaer, strukturerede observationer, diagnostiske interview m.m. Disse har hver især gode manualer og vejledninger, man kan følge. Derimod er der, som allerede omtalt, meget lidt hjælp for klinikerens, når det kommer til at integrere og sammenfatte de forskellige informationer i en formulering, som kan uddybe forståelsen og føre frem til en velbegrundet behandlingsplan. Caseformulering er én af de muligheder, der findes.

Det er caseformuleringens formål at skabe forståelse af barnets/den unges aktuelle psykiske vanskeligheder ved hjælp af udviklingspsykopatologiens grundmodel. I modellen indgår tidlige sårbarhedsfaktorer som prædisponerer barnet til psykiske problemer, udløsende faktorer samt vedligeholdende faktorer, som opretholder vanskelighederne, når de først er der. Desuden indgår beskyttende faktorer, som forhindrer, at tilstanden forværres, og som har betydning for prognosen. De fleste af disse faktorer kan underinddeles i personlige, som relaterer sig til barnet (enten biologiske eller psykologiske)

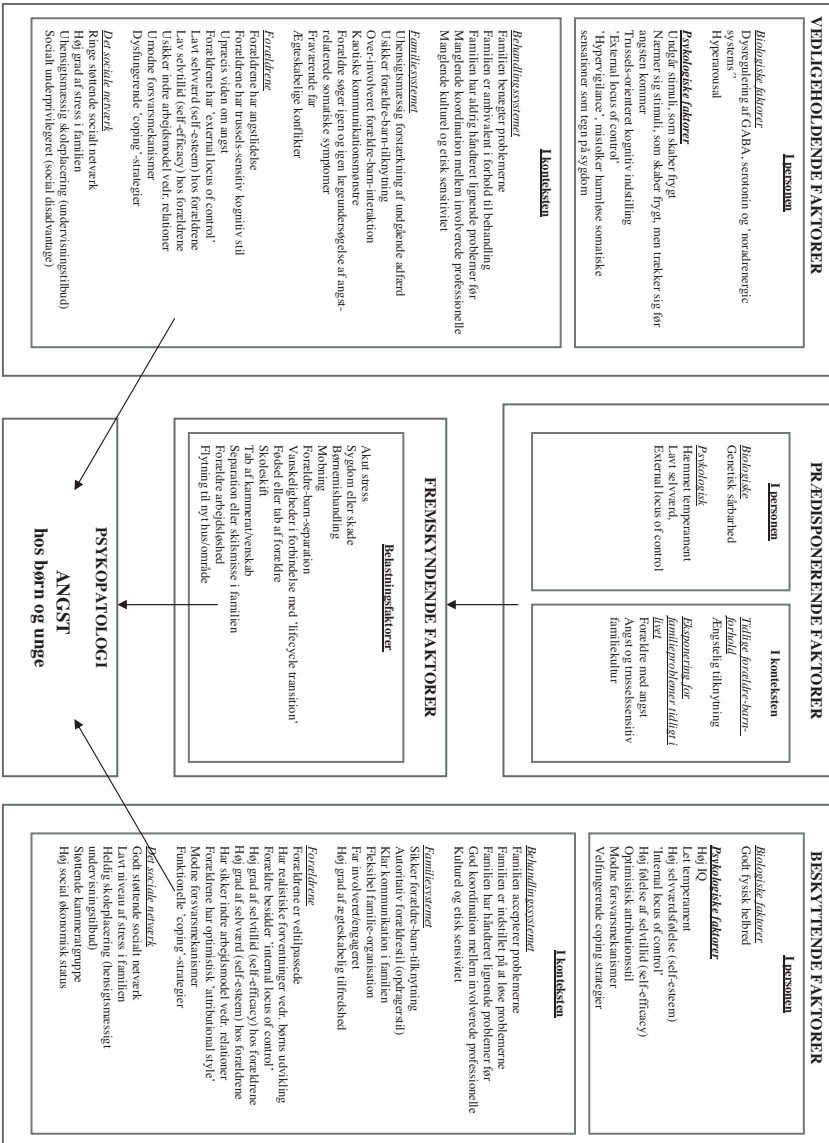
og i kontekstuelle, som relaterer sig til barnets psykosociale miljø, herunder familie, skole, kammerater og behandlende instans. Ofte omtales denne overordnede model som de 4 P'er, som står for – Predisposing, Precipitating, Perpetuating og Protective factors, eller oversat prædisponerende, fremskynende, vedligeholdende og beskyttende faktorer.

Denne artikel har valgt Alan Carrs skematiske fremstilling af udviklingspsykopatologiens 4 P'er som hjælperedskab til udarbejdelse af caseformuleringen. Se grundskemaet i figur 1. I sin "Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology" (2006) anvender Alan Carr dette grundskema til at organisere empirisk viden og teori om psykiske forstyrrelser hos børn og unge.



Figur 1: Grundskema i Carrs model (2006)

I samme håndbog beskrives de forskellige hoveddiagnoser som angst, depression, adfærdforstyrrelse, spiseforstyrrelse og ADHD med reference til empirisk viden om de 4 P'er i teksten. For hver psykisk forstyrrelse er udarbejdet et diagnosespecifikt caseformuleringsskema, som har samme grundstruktur som fig. 1, men er langt mere detaljeret. Disse skemaer repræsenterer den specifikke viden, man har om de 4 p'er for den pågældende lidelse. Det diagnosespecifikke skema for angst er vist i figur 2. I håndbogen findes et tilsvarende specifikt skema for alle de mest almindelige psykiske forstyrrelser hos børn og unge. Hver rubrik i disse diagnosespecifikke skemaer refererer til empirisk viden om forhold af betydning for denne psykiske forstyrrelse.



Figur 2: Det diagnosespecifikke skema for angst (Carr, 2006)

De tre hovedkomponenter i udarbejdelse af en caseformulering kan nu yderligere konkretiseres. På den ene side har man sin case med alle indsamlede data fra udredningsfasen. På den anden side har man udviklingspsykopatologisk viden, både generelt og i forhold til de forskellige psykiske forstyr-

relser. Denne viden er tilgængelig i faglitteraturen. Det diagnosespecifikke caseformuleringsskema (Carr, 2006) er det link, der hjælper klinikerer med at anvende udviklingspsykopatologiens viden på den enkelte case.

Alan Carr (2006) giver en kort vejledning i udarbejdelse af en klinisk caseformulering:

1. Lav en liste over de signifikante problemer, som undersøgelsen har kortlagt (barnets aktuelle problemer).
2. Noter vigtige oplysninger om forhold, der har bidraget til/forårsaget barnets problemer.
3. Kategoriser disse i prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer.
4. Kæd dem sammen i en miniteori om udviklingen af barnets psykopatologi.
5. Tilføj beskyttende forhold, som modificerer eller afhjælper problemerne og derfor er vigtige i behandlingen.

Alan Carrs skematisering af de 4 P'er fungerer som guide for processen, især det diagnosespecifikke skema (som i figur 2). Med genanvendelse af Rutter og Taylors (2002) metafor kan man sige, at caseformuleringsskemaet fungerer som et kort. Det oplyser, hvilke prædisponerende, fremmede, vedligeholdende og beskyttende faktorer man kan vente i en sag. Samtidig vil man (selvfølgelig) analysere og forholde sig til de informationer, man får i en sag. På den basis kan man opbygge sin teori om: hvorfor det præsenterede problem udvikles, hvorfor det varer ved, og hvilke beskyttende faktorer der enten forhindrer det i at blive værre eller bidrager til at løse det.

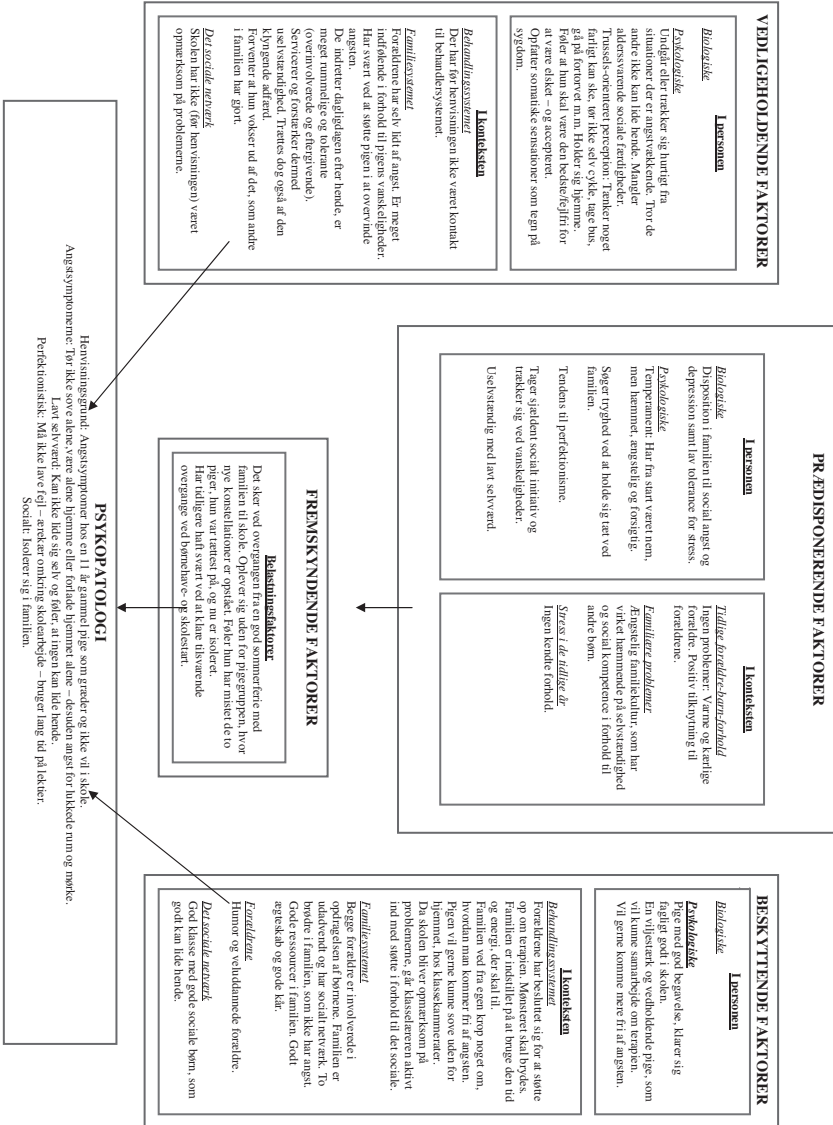
Der findes andre eksempler på anvendelse af udviklingspsykopatologiens 4 P'er i udarbejdelsen af caseformulering, fx i Havinghurst & Downey (2009) og Winters et al. (2007), Ingram (2006) eller på den her skitserede metode i Trillingsgaard (2007) og Trillingsgaard, Wejdemann, Stenderup & Alsinger (2007).

5. Et klinisk eksempel

I figur 3 ses et eksempel på anvendelse af det diagnosespecifikke skema for angst i en konkret sag. Skemaet er et hjælperedskab. Udfyldelsen af skemaet og de overvejelser man gør sig i den forbindelse danner grundlag for selve caseformuleringen. Den kan være kort på 25 linier eller fylde en A4-side. Længde og form vil afhænge af den sammenhæng, hvori man ønsker at anvende formuleringen; om den formes i et samarbejde med forældrene, eller om den skal indgå i en erklæring eller lignende.

Nedenfor ses først det udfyldte skema (Figur 3) og dernæst formuleringen (Figur 4). Casen Emma er en konstrueret case, dog typisk for mange sager

med angst hos børn. Casen er med vilje holdt meget enkel og ukompliceret. Det er gjort for at fremme formidlingen af det overordnede princip i udarbejdelse af caseformulering. I klinisk praksis har man størst hjælp af at udarbejde en caseformulering i komplekse sager, hvor mange forskellige forhold spiller ind, og hvor der er givet flere diagnoser (komorbiditet).



Figur 3: Klinisk eksempel: Caseformuleringsskema for Emma

Caseformulering Emma

Problem: Emma er en 11 år gammel pige, som henvises med angstsymptomer (opfylder diagnostiske kriterier for generaliseret angst og separationsangst), der begrænser hendes udfoldelse i hverdagen, hun tør ikke sove alene, færdes alene til og fra skole, overnatte hos veninder.

Prædisponerende faktorer: Emma har altid været en hæmmet, forsigtig, uselvstændig og ængstelig pige. Hun er en meget velbegavet og skolemæssigt dygtig pige, men også perfektionistisk. Hun ligger fagligt i top, hvilket er meget vigtigt for hendes selvværdsfølelse.

Udløsende faktorer: Ved overgangen mellem en god sommerferie med familien og start på skolen opstår de aktuelle problemer. Emma oplever sig uden for pigegruppen, hvor nye konstellationer er opstået. Hun får voldsomme angstproblemer, ondt i maven, græder, bliver ofte hjemme fra skole på grund af disse symptomer.

Vedligeholdende faktorer: Der er forhold, som vedligeholder vanskelighederne, Emma trækker sig og undgår situationer, som er angstvækkende, hvilket bringer hende ind i en ond cirkel, som isolerer hende socialt, forstærker hendes uselvstændighed og bidrager til følelsen af håbløshed/tristhed. Forældrene er meget forstående over for hendes angst (for at sove alene og færdes alene), som de kender fra sig selv. De reagerer med overbeskyttelse, hvilket bidrager til hendes uselvstændighed og sociale isolation. De er tilbøjelige til at mene, at hun vil vokse sig fra det, som de selv og andre i familien har gjort.

Beskyttende faktorer: Men der er også forhold, som virker beskyttende. Emma er godt begavet med evne til selv-refleksion og tillige en viljestærk pige, hvis hun beslutter sig for noget. Hun vil gerne være mere med i det sociale – og kunne sove hos veninderne, tage med bus alene m.m. Forældrene er meget engagerede – og ønsker, trods deres store empati i forhold til Emmes problemer – at hun skal have hjælp til at komme over angsten – og vil bakke op og investere i en behandling. Familien har gode intellektuelle, sociale og økonomiske ressourcer. Emma går i en klasse med velfungerende børn, hvor hun er vellidt, og dertil engagerede lærere, som der kan trækkes på.

Behandlingsplan: Kognitiv adfærdsterapi som involverer både Emma og forældrene. Emma skal overvinde sin angst og styrke sin selvstændighed og sociale kompetence. Konkrete mål skal defineres sammen med forældrene og Emma. Forældrene støttes i at undgå uhensigtsmæssig overbeskyttelse, men støtte modig og selvstændig adfærd. Informere klasselærer.

6. Fordele og begrænsninger ved at arbejde med caseformulering

Der er en række indlysende fordele:

- Det diagnosespecifikke skema kan forsyne klinkeren med et 'landkort', som giver overblik, og som kan vejlede indsamling af data i den konkrete case og modvirke kliniker-bias i denne proces.
- Anvendelse af skemaet bidrager til at skabe forståelse og hjælper med at organisere de indsamlede data og prioritere forhold og problemer i sagen.
- Skemaet hjælper klinikerne til at bringe forskningsbaseret viden i anvendelse til afklaring af problemstillinger i klinisk praksis.
- At udarbejde en caseformulering er en hjælpsom proces for såvel behandler som familien og barnet/den unge. Det skaber grundlag for et samarbejde om en brugbar forståelse af vanskelighederne. Det kan fungere som et fælles arbejdsblad, hvilket typisk har en psykoedukativ funktion for familien, og desuden forstærker det alliancen.
- Caseformuleringen giver et grundlag for beslutninger om behandlingsstrategier, herunder tilrettelæggelse af en individuel behandling, som ikke bare retter sig mod symptomerne, men i lige så høj grad mod de vedligeholdende og beskyttende faktorer.
- Caseformuleringen giver grundlag for at fastsætte individuelle kriterier for positiv effekt af behandling og muliggør monitorering og evaluering af den valgte intervention.

Butler (1998); Bruch & Bond (1998); Johnstone & Dallos (2006).

Der er en række ligeså indlysende begrænsninger ved at arbejde med caseformulering:

- I komplekse sager kan metoden være relativt tidskrævende.
- Caseformulering er en ordrig sammenfatning, som ikke har diagnosens fordel som et universelt kommunikativt sprog, hvor viden er komprimeret i de diagnostiske termer.
- Den stærke individualisering er caseformuleringens styrke i en klinisk sammenhæng, men dens svaghed i de fleste forskningsmæssige sammenhænge. Caseformuleringen kan ikke anvendes som grundlag for fx epidemiologisk forskning og lignende forskning med stort antal forsøgspersoner, men derimod til casestudier.

7. Er caseformulering evidensbaseret praksis?

Begrebet evidensbaseret praksis kom i kølvandet af 'evidence based medicine', der blev defineret som samvittighedsfuld, eksplicit og velovervejet brug af eksisterende evidens i beslutningstagningen vedrørende den enkelte patient (Sackett et al., 1996). Det kom hurtigt til at sætte dagsordenen i både

psykiatri og psykologi. American Psychological Association (APA) nedsatte en 'task force' og formulerede i 2005 en principerklæring om evidensbaseret klinisk praksis for psykologer (APA, 2005). Dansk psykolog Forening har i 2009 tilsluttet sig en principerklæring, som tager udgangspunkt i den amerikanske (<http://www.dp.dk>). Evidensbaseret praksis integrerer 1) den bedst tilgængelige forskning med 2) klinisk ekspertise set i sammenhæng med 3) patientens individuelle træk, kultur og præferencer. Hensigten er at fremme virksom klinisk praksis og forbedre den psykiske sundhed i befolkningen ved at bruge empirisk underbyggede principper for psykologisk undersøgelse, caseformulering, diagnostik og psykologisk behandling m.m. Det er derfor relevant afslutningsvis at se på, om caseformulering lever op til kravene i evidensbaseret praksis.

I det følgende vil vi kigge på caseformulering ud fra de tre komponenter i evidensbaseret klinisk praksis, som er beskrevet ovenfor. Det eksemplificeres ved psykologen, men der kunne lige så vel have stået psykiateren.

Psykologen skal i sin kliniske praksis anvende empirisk viden

At udarbejde caseformulering som beskrevet i denne artikel giver psykologen en metode til at integrere empirisk viden i klinisk praksis. Formålet med caseformuleringen er netop at bringe empirisk viden til den enkelte sag. Caseformuleringen er et eksempel på, at psykologen anvender sit fags viden og metoder i klinisk praksis (Butler, 1998).

Under udarbejdelse af caseformulering har psykologen mulighed for systematisk at formulere verificerbare forudsigelser om problemerne, hvordan de har udviklet sig, hvordan de bliver vedligeholdt, samt hvilken form for intervention, der bør iværksættes. Denne systematiske og hypoteseafprøvende fremgangsmåde hviler på grundlæggende videnskabelig tænkning og understreger den akademiske baggrund for psykologfagligt arbejde. Det er et eksempel på psykologen som 'science-practitioner'.

Klinisk ekspertise er en vigtig komponent i evidensbaseret praksis

Klinisk ekspertise opnås først og fremmest ved træning og supervision. At kunne anvende caseformulering med klinisk ekspertise vil selvfølgelig kræve træning. Man kunne ønske, at træning i metoden i højere grad kom ind i videre- og efteruddannelsen for kliniske psykologer.

Udbygningen af psykologens kliniske ekspertise understøttes dog af selve metoden, fordi den sikrer, at mange relevante og videnskabeligt underbyggede forhold tages i betragtning og overvejes i den enkelte sag. Skemaet og den systematiske fremgangsmåde understøtter dette. Samtidig dæmmes op for forhold, som kan stå i vejen for klinisk ekspertise, nemlig for klinikerens blinde pletter, bias og yndlingsforklaringer.

Psykologen skal inddrage viden om patientens individuelle træk, værdier og kultur

Caseformuleringsprocessen sker i respektfuldt samarbejde med patient og familie. Med den meget individualiserede tilgang sikres, at beslutningsgrundlaget (= caseformuleringen) indeholder viden om barnets psykologiske karakteristika, begrænsninger og ressourcer samt kulturelle forhold vedrørende familien. Her supplerer caseformuleringen den diagnostiske kategorisering.

Reliabilitet eller nytteværdi

Vi har argumenteret for caseformulering som et kvalificeret supplement til diagnostik. Men hvor godt et supplement er det – sådan videnskabeligt set? De diagnostiske kategoriers videnskabelighed bliver testet bl.a. på reliabilitet. Reliabiliteten har været meget ringe, men med indførelsen af de moderne deskriptive, ateoretiske og operationelle diagnoser blev det bedre. På det børnepsykiatriske området er reliabiliteten for de diagnostiske hovedkategorier omkring 60 %, for underdiagnoser er den lavere (Carr, 2006), hvilket anses for acceptabelt, men på ingen måde imponerende.

Kritiske røster argumenterer for at kigge på evidensen for caseformulering (Kuyken, 2005) forstået som validitet og reliabilitet, mens andre mener, at nytteværdien er mere interessant. Johnstone (2006) har formuleret ti spørgsmål til vurdering af caseformuleringens nytteværdi.

1. Giver den teoretisk mening?
2. Passer den med evidensen (symptomer, problemer, oplevelser/erfaringer)?
3. Gør den rede for prædisponerende, fremmende og vedligeholdende faktorer?
4. Synes andre, at den passer (patienten, supervisor, kolleger)?
5. Kan den bruges til at lave forudsigelser (om vanskeligheder, aspekter af den terapeutiske relation og lign.)?
6. Kan formuleringens forudsigelser testes (fx reaktion på interventioner)?
7. Passer den med anamnese og udviklingshistorie?
8. Viser terapien fremskridt som forventet ud fra formuleringen?
9. Kan den bruges til at identificere fremtidige risikokilder eller vanskeligheder for personen?
10. Er der vigtige forhold, som er forblevet uforklarede?

Den enkelte kliniker kan tjekke sin praksis med caseformulering på basis af disse 10 spørgsmål.

Nytteværdien er endvidere knyttet til det forhold, at caseformuleringen tillader en fleksibel og dynamisk forståelse af hvert barns helt unikke problemstilling – uanset diagnostisk klassifikation. Netop det gør den til et nyttigt

supplement til den diagnostiske bestemmelse. Caseformuleringens styrke ligger desuden i dens mulighed for at inkorporere epidemiologiske faktorer, kognitive og emotionelle faktorer, sociale og interpersonelle faktorer og sammenfatte disse i en verificerbar teori om:

*Hvorfor netop dette barn
på netop dette tidspunkt
i netop denne familie/skole præsenterer
netop disse psykiske problemer.
Hvad der holder vanskelighederne ved lige
og hvad der forhindrer, at de bliver værre
eller virker helende.*

LITTERATUR

- APA POLICY STATEMENT ON EBPP. (August, 2005). American Psychological Association Statement Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology (August, 2005). <http://www.apa.org/about/governance/council/policy/index.aspx>
- BRUCH, M. & BOND, F. W. (1998). *Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT*. New York: John Wiley & Sons.
- BRUCH, M. (1998a). The development of case formulation approaches. Chapter 1. In M. Bruch & F. W. Bond, *Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT*. New York: John Wiley & Sons.
- BRUCH, M. (1998b). The UCL case formulation model: clinical applications and procedures. Chapter 2. In M. Bruch & F. W. Bond, *Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT*. New York: John Wiley & Sons.
- BUTLER, G. (1998). Clinical formulation. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*, Oxford, UK: Pergamon.
- CARR, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. London and New York: Routledge.
- CICCHETTI, D. & COHEN, D. J. (1995). Perspectives on Developmental Psychopathology. Chapter 1. In D. Cicchetti & D. J. Cohen, *Developmental Psychopathology, vol. 1. Theory and Methods*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- CICCHETTI, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- CICCHETTI, D. (2006). Development and Psychopathology. Chapter 1. In D. Cicchetti & D. J. Cohen, *Developmental Psychopathology, vol.1. Theory and Methods*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- HAVINGHURST, S. S. & DOWNEY, L. (2009). Clinical Reasoning for Child and Adolescent Mental Health Practitioner. The Mindful Formulation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 2, 251-271.
- HERBERT, M. (2001). Clinical Formulation. Chapter 5.02 IN: T. Ollendick, *Children & Adolescents: Clinical Formulation & Treatment. Comprehensive Clinical Psychology, vol. 5*. New York: Pergamon.
- INGRAM, B. L. (2006). *Clinical Case Formulation. Matching the Integrative Treatment Plan to the Client*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- JOHNSTONE, L. (2006). Controversies and debates about formulation, Chapter 9. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making Sense of People's Problems*. New York: Routledge.
- JOHNSTONE, L. & DALLOS, R. (Eds.), (2006). *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making Sense of People's Problems*. New York: Routledge.
- KUYKEN, W. (2005). Evidence-based case formulation. Is the emperor clothed? Chapter 2. In N. Tarrier (Ed.), *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- RUTTER, M. & SROUFE, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- RUTTER, M. & TAYLOR, E. (Eds.), (2002). *Child and Adolescent Psychiatry, 4th ed.*, Oxford: Blackwell science ltd.
- RUTTER, M., BISHOP, D., PINE, D., SCOTT, S., STEVENSON, J. S., TAYLOR, E. A. & THAPAR, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed.*, Oxford: Blackwell Publishing Limited.
- SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B. & RICHARDSON, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British medical Journal*, 312, 71-72.
- SHIRK, S., TALMI, A. & OLDS, D. (2000). A Developmental psychopathology perspective on child and adolescent treatment policy, *Development and Psychopathology*, 12, 835-855.
- SROUFE, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- SROUFE, L. A. & RUTTER, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- 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.
- TOTH, S. & CICCETTI, D. (1999). Developmental psychotherapy and child psychotherapy. In S. Russ & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and adolescents* (pp. 15-44) New York: Plenum Press.
- TRILLINGSGAARD, A. (2007). Diagnostisering og caseformulering. *Psykolog Nyt*, 17, 20-27.
- TRILLINGSGAARD, A., WEJDEMANN, A., STENDERUP, E. & ALSINGER, A. (2007). Caseformulering i praksis. *Psykolog Nyt*, 17, 28-33.
- WINTERS, N. C., HANSON, G. & STOYANOVA, V. (2006). The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16, 111-132.