

PDM-2 sett utenfra

Asle Hoffart

Seniorforsker og Professor II, Modum Bad og Universitetet i Oslo

asle.hoffart@modum-bad.no

Boka kan leses med nytte også av fagpersoner som ikke deler dens psykodynamiske perspektiv. Men essenstankegangen er problematisk.

Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2, som ble utgitt i fjor sommer, bygger på psykodynamisk tenkning, og er rettet mot kasusformulering og behandlingsplanlegging. Forfatterne avgrenser PDM-2 mot de deskriptive systemene Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og International Classification of Diseases (ICD) med slagordet «å være en taksonomi av mennesker, og ikke av forstyrrelser eller sykdommer» (side 2). I manualen utfylles følgende redegjørelse for symptom mønstre og symptomforstyrrelser (S-aksen) med beskrivelse og kategorisering av personlighetssyndromer (P-aksen) og mental fungerings profil (M-aksen).

Styrker

Det er lenge siden jeg forlot det psykodynamiske perspektivet, og det var derfor spennende å lese en oppdatert utlegning. Annonseringen av symptom-aksen var forlokkende: «a systematic description of ... the individual's personal, subjective experience of his/her symptoms and the related experience of the treating clinician» (side 2). Manualen gir en mer omfattende beskrivelse av symptomforstyrrelser enn DSM. Interessant er også den gjenkjennelige beskrivelsen av klinikers typiske motreaksjoner til pasienter med de ulike forstyrrelsene. Etter annonseringen ventet jeg også en beskrivelse av pasienters typiske reaksjoner på å ha bestemte symptomer og forstyrrelser, men en slik kom ikke.

I P-aksen presenteres en inndeling av personlighetssyndromer som har interessante forskjeller fra DSM, eksempelvis forstås generalisert angstlidelse også som en engstelig personlighetsstil. Jeg liker også at de ulike syndromene bestemmes ved deres sentrale spenning/opptatthet – for den depressive personlighet dreier det seg om selv-kritikk og selv-straff eller tap, for den narsissistiske personlighet dreier det seg om vekselvis oppblåsing og tap av selvfølelse. Ulikt det psykodynamiske synet forstår jeg imidlertid disse temaene som *resultat* av et kausalt samspill mellom personens tanker, følelser og handlinger i visse situasjoner heller enn som en essensiell (se nedenunder) årsak til dem (Cramer mfl., 2012). Mest verdifullt finner jeg at P-, S- og M-aksen gjennomgås for barn, ungdom og eldre i tillegg til for voksne. En depressiv tilstand har gjerne svært ulike utløsere og konsekvenser hos eksempelvis en 17-årig jente som strever med bryte opp fra hjemmet, en 30-årig mor som sliter med fødselsdepresjon, og en 70-årig mann som har mistet kona. Det er også fint å få en oversikt over hva slags personlighetsmønstre som begynner å vise seg hos barn og ungdom. Videre gjennomgås minoritetsstress, det vil si opplevelser hos personer fra etniske, kulturelle og seksuelle minoriteter som kan ha behov for kliniske intervensjoner. Boka avsluttes med kasusillustrasjoner av hvordan PDM-2 kan brukes i klinisk praksis. Mange av disse gir gode tips om hvordan samtale, observasjon og tester kan integreres i en vurderingsprosess, og hvordan familien til primærpatienten kan involveres. PDM-2 gir således en flerkategoriell framstilling av psykiske problemer og lidelser. Vekten er på konsis beskrivelse framfor psykodynamisk tolkning. Beskrivelsene kan gjøre klinikeren forberedt på mulige temaer hos pasienter som faller inn under kategoriene.

Det er lenge siden jeg forlot det psykodynamiske perspektivet, og det var derfor spennende å lese en oppdatert utlegning

Begrensninger og farer

Forfatterne vektlegger altså forskjellene mellom PDM-2 og systemene DSM og ICD. På et mer prinsipielt nivå er imidlertid disse tilnærmingene like. Personers opplevde og observerbare problemer betraktes som overflatetrekk ved underliggende essenser eller rot-årsaker (Hoffart og Johnson, 2017). Problemene forstås som «symptomer», og reduseres dermed til virkninger uten verdi og årsakskraft. En forskjell er at en i PDM-2 hevder å ha funnet hva disse essensene er – ubevisste indre konflikter eller mangeltilstander – mens en i DSM og ICD fortsatt er på leting. Kendler, Zachar og Craver (2011) viser hvordan denne essenstankegangen er lite egnet for klassifikasjon og forståelse av psykiske problemer og lidelser. Det er derfor ikke overraskende at den fører til en rekke problematiske trekk også ved PDM-2.

Essenstenkningen leder til tolkninger etter «formelen»: «Ditt opplevde problem x er egentlig et annet y», for eksempel «Din forfølgelsesangst er resultat av fornektning og proaktiv identifisering av dine fiendtlige følelser» (side 165, min oversettelse), og «Din overdrevne frykt for at noe skal skje med dine nærmeste er resultat av dine omnipotente destruktive ubevisste fantasier» (side 165, min oversettelse). Essenstenkningen viser seg også i en tendens til å dramatisere angsttilstander. Som om ikke frykten for å bli gal eller fysisk ødelagt er nok, så forklares disse fryktene som et forsvar mot en enda verre tilintetgjørelsesangst (side 166). Min erfaring med mange hundre angstpasienter tilsier at tilintetgjørelsesangst framtrer tydelig når den foreligger, men at den forekommer heller sjelden. En fare ved slike tolkningsskjemaer om ubevisste forhold er at en kan tillegge andre intense reaksjoner uten grunnlag. Det er fint med helhet, men her kan denne helheten delvis bli pådyttet heller enn oppdaget.

Forståelsen av psykiske problemer som uttrykk for underliggende essenser har naturligvis konsekvenser for terapi. Det er smertefullt å lese kasusstudien om en 39-årig mann med omfattende tvangslidelse (side 974–977). Hans tendens til intellektualisering, gjentatt gjennomtenkning og tvil hadde ledet han til å søke psykoanalyse «for å forstå ting», noe han hadde gjort tre timer i uka i ti år. Tvangssymptomene ble møtt med medisiner foreskrevet av en psykiater. En økende unnvikelse, tiltaksløshet og tilbaketrekning til hjemmet førte til at en psykoterapeutisk støtteterapi to–tre ganger i måneden ble lagt til, med mål om å hjelpe han til fornyet kontakt med omverdenen. Med forverringen av symptomene oppsto en «eksistensiell krise». Min umiddelbare forståelse av denne som en naturlig følge av symptomene og isolasjonen ble glatt snudd på hodet i kasusbeskrivelsen: Det var krisen som skapte forverringen av tvangssymptomene. Mannen utviste en «overføring» til terapeuten som frelser og ansvarlig for bedring, mens terapeuten motreaksjoner dreide seg om følelser både av mektighet og hjelpeløshet.

Denne kasusbeskrivelsen reiser en rekke kritiske spørsmål ved psykoanalytisk terapi. Hvordan kan en snakke om en helhetlig og humanistisk tilnærming når en setter bort arbeidet med pasientens psykiske problemer til andre og delvis til en medikamentell tilnærming? Dersom problemene er symptomer på en underliggende konflikt, så skal vel disse bedres ved bearbeiding av konflikten, og bortsetting burde være unødvendig? Hvordan kan en tillate en langtids forståelsesterapi når en del av pasientens problem synes å være en trang til å forstå, intellektualisere og gruble over sine egne reaksjoner? Kan analysen i slike tilfeller bli en samgrubling som forsterker problemene? Er det å forvente hjelp med psykiske problemer av en terapeut en urealistisk overføringsreaksjon med rot i

barndomserfaringer? Hvordan forstå «mot-overføringen» som hjelpeløs når hjelperen er (og vil være?) hjelpeløs? Pasienten hadde hatt 1200 timer på den psykoanalytiske benken, og jeg må tenke på Bjarne Hansen og Gerd Kvaales 4-dagers opplegg, der 80 % rapporteres bedret av tvangslidelsen. Videre må jeg tenke på metakognitiv terapi, der overdrevent fokus på å forstå egne reaksjoner problematiseres og tilbys alternativer.

Lite om prediksjonsforskning

Målene med PDM-2 kartleggingen er å planlegge den mest effektive og velformede behandlingen, antesipere utfordringer som kan oppstå underveis, skissere terapeutiske mål, og vurdere framgang i terapien (side 75). Totalvurderinger og sum-skårer på globale konstrukter anvendes, eksempelvis nivå av personlighetsorganisering fra sunn, nevrotisk borderline, til psykotisk. Dette er i samsvar med essenstenkningen, der disse globale konstruktene antas å vise til underliggende essenser som vil slå ut i observerbare uttrykk i den terapeutiske situasjonen. For å være nyttig må en med slike vurderinger være i stand til – med stor grad av sikkerhet – å forutsi spesifikke hendelser i terapi, som at pasienten reagerer med sterke negative følelser som han/hun ikke klarer å håndtere, bryter av behandlingen eller blir psykotisk. Uten prediktiv validitet kan slike forhåndsvurderinger forfalle til terapeutiske myter som tjener mer som beskyttelse av terapeuten enn som hjelp for pasienten. Eksempelvis har antagelsen om at «ego-svake» pasienter med posttraumatisk stresslidelse vil dekompenere og i verste fall bli psykotiske ved traumefokusert behandling vært utbredt, men empiriske studier gir liten støtte til denne. Forfatterne synes imidlertid å være forbausende lite opptatt av prediktiv validitet. Bare to studier av denne nevnes. En norsk studie fant at kvaliteten av «objektrelasjoner» målt før terapi, predikerte pasientenes reaksjoner på overføringstolkninger (Høglend mfl., 2011; referert side 914). En har også funnet at resultater av Rorschach-blekktesten predikerer prosesser som er lite tilgjengelige for bevisstheten, slik som realitetstesting, stresstoleranse og impuls kontroll (side 932). Ikke for noen av studiene oppgis prediksjonssikkerheten til tross for at høy grad av denne er avgjørende for klinisk nytteverdi.

Nyttig oppslagsverk

PDM-2 er den eneste manualen som gir en diagnostisk totalbeskrivelse på tvers av kliniske populasjoner og minoriteter og det er sikkert at jeg vil bruke den som oppslagsverk i klinisk praksis. Innslaget av spesifikt psykodynamiske vurderinger er ikke dominerende, slik at boka kan leses med nytte også av fagpersoner som ikke deler dens psykodynamiske perspektiv.

Referanser

- Cramer, A.O., van der Sluis, S., Noordhof, A., Wichers, M., Geschwind, N., Aggen, S.H., Kendler, K.S., & Borsboom, D. (2012). Dimensions of normal personality as networks in search of equilibrium: You can't like parties if you don't like people. *European Journal of Personality*, 26, 414–431. doi.org/10.1002/per.1866
- Hoffart, A., & Johnson, S.U. (2017). Psychodynamic and cognitive-behavioral therapies are more different than you think: conceptualizations of mental problems and consequences for studying mechanisms of change. *Clinical Psychological Science*, 5, 1070–1085. doi.org/10.1177/2167702617727096

- Høglend, P., Hersoug, A.G., Bøgwald, K.P., Amlo, S., Sørbye, Ø., (...) Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 697–706. doi.org/10.1037/a0024863
- Kendler, K.S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41, 1143–1150. doi.org/10.1017/S0033291710001844