

Debatt:

Transdiagnostikk er som skreddersydd for kommunen

Rebin Badkan

psykolog ved Rus og psykisk helse, Halden kommune

John Kjøbli

forsker og seksjonsleder, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregionen Øst og Sør (RBUP) og Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo
Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, Helseregionen Øst og Sør (RBUP) og Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo

Kommunenes ansvar for å tilby kunnskapsbasert psykisk helsehjelp med lav terskel, taler for et transdiagnostisk perspektiv i møtet med psykiske helseproblemer.

Kommunene skal drive forebygging og behandling av psykiske helseproblemer (Sammen om mestring, 2014). I dette arbeidet har psykologer en sentral rolle. Psykologstillinger i kommunene skal drive kompetansespredning av andre yrkesgrupper som gir psykisk helsehjelp, og delta i tjenesteutvikling. Hvilket terapiperspektiv vi velger å spre, er vesentlig. Skal vi uten videre implementere tiltak basert på det diagnostiske perspektivet?

Det diagnostiske perspektivet

Det diagnostiske perspektivet har bidratt til stor utvikling i fagfeltet. Det har beriket vår forståelse av psykiske problemer, og det har blitt utviklet strukturerte behandlingsmetoder som har blitt forsket på med gode resultater. Likevel er det relativt få av disse behandlingsmetodene som blir brukt i daglig klinisk praksis. Noe av grunnen er at det er utviklet mange spesifikke behandlingsmetoder for mange spesifikke diagnoser, som det naturligvis krever tid og ressurser å utdanne seg i (Marchette & Weisz, 2017).

En fordel med en transdiagnostisk tilnærming er at den letter byrden ved å måtte lære seg mange spesifikke behandlingsmanualer for ulike problemer og lidelser.

Selv om diagnosesystemene våre (ICD-10, nå snart ICD-11, og DSM-5) har åpnet opp for en noe mer kontinuum-tenkning, baserer det seg hovedsakelig på en dikotom forståelse: Enten har du en psykisk lidelse, eller så har du det ikke. Det er antatt at ulike diagnoser karakteriseres av spesifikke symptomer, og at man må anvende en behandlingsmetode for den spesifikke diagnosen (en diagnosespesifikk tilnærming). I tilfeller med komorbiditet (dvs. at en pasient har flere diagnoser samtidig) er tanken i den diagnosespesifikke tilnærmingen at behandling gis for primærdiagnosen først, og deretter for sekundærdiagnose(r) dersom det er nødvendig. Eksempelvis kan en pasient med panikk lidelse og hypokondri først behandles for panikk lidelse, deretter hypokondri.

Selv om det diagnostiske perspektivet har fått godt fotfeste, har det en rekke svakheter (Dalglish, Black, Johnston, & Bevan, 2020) Her er noen av dem:

- Dimensjonalitet: Et økende antall studier viser at psykiske helseplager er bedre konseptualisert som kontinuerlige dimensjoner i motsetning til en dikotomi («til stede» / «ikke til stede»).
- Komorbiditet: Epidemiologiske funn tyder på at komorbiditet er regelen fremfor unntaket. Det er dermed stor sannsynlighet for at en person oppfyller kriteriene for flere psykiske lidelser. Hvilken diagnose skal vi begynne å behandle først? Hva antar vi er primærdiagnosen? Vi kan også undre oss over om personen faktisk har separate diagnoser, eller om det er et artefakt av diagnosesystemet at vi forstår problemene som distinkte.
- Heterogenitet innen samme diagnose: To personer som har fått samme diagnose, kan ha veldig ulike symptomer. I DSM-5 kan to personer som får diagnosen klinisk depressiv episode, potensielt ha kun ett symptom til felles.

Jo flere diagnoser vi har fått, desto flere behandlingsmetoder for hver av disse diagnosene er det blitt utviklet. Det krever mer spesialisert kompetanse for både å forstå og behandle ulike diagnoser. Hvordan skal kommunen, med mange ulike yrkesgrupper, hjelpe personer med mange ulike diagnoser? Vi mener at et transdiagnostisk perspektiv kan hjelpe oss å møte disse behovene.

I et transdiagnostisk perspektiv ser man psykiske helseplager langs et kontinuum heller enn i dikotome kategorier.

Det transdiagnostiske perspektivet

I et transdiagnostisk perspektiv ser man psykiske helseplager langs et kontinuum heller enn i dikotome kategorier. I tillegg forstår man psykiske lidelser som å ha felles underliggende og opprettholdende prosesser på tvers av diagnostiske kategorier (Aldao, Gee, Reyes, & Seager, 2016) og at det er disse man bør adressere i behandling. Aldao og kolleger (2016) har foreslått at det er emosjonsregulering, eller mer presist: emosjonsdysregulering (f.eks. grubling og unngåelse) som er denne underliggende prosessen. Man mener at ved å behandle de underliggende prosessene kan man forebygge og behandle flere problemer/diagnoser på samme tid. Hvis man kan hjelpe personer med de underliggende prosessene, kan man tilby én behandlingsmetode for flere psykiske lidelser, i stedet for å først tilby en behandlingsmetode for én lidelse og deretter en annen metode for en annen lidelse. I et transdiagnostisk perspektiv betyr det ikke nødvendigvis at man skal tilby én behandling for alle diagnoser, men til de diagnosene som kan kategoriseres sammen, eksempelvis emosjonelle lidelser (depressiv lidelse og ulike angstlidelser). Det betyr heller ikke at behovet for å tilpasse behandling til individuelle behov blir borte. Ulike problemer vil ofte frembringe behov for ulike løsninger. En ungdom som er utsatt for mobbing, vil gjerne ha behov for annen hjelp enn en ungdom som er utsatt for kjefting hjemme, samtidig som det kan være bra for pasienter å få hjelp til de underliggende problemene uansett hvilke kontekstuelle eller systemiske risikofaktorer de er utsatt for.

Videre er ikke et transdiagnostisk perspektiv nødvendigvis opptatt av innholdet i ulike vanskelige tanker, men av prosessen(e) som driver lidelsen(e) (Dalglish og kolleger, 2020). Man er gjerne mer opptatt av en tankeprosess som bekymring og grubling, selv om innholdet i bekymringen og grublingen er ulik. I panikkklidelse er for eksempel bekymringen knyttet til kroppslige symptomer, mens det i sosial angstlidelse er knyttet til hva andre tenker om en. I dette perspektivet er man altså mer opptatt av at prosessen er til stede (i dette tilfellet bekymring og grubling) på tvers av flere lidelser, selv om innholdet i bekymringen/grublingen varierer.

En transdiagnostisk prosess må oppfylle to punkter (Ehring & Behar, 2020): 1) Den må bidra til forhøyet nivå på tvers av flere diagnoser sammenlignet med normalpopulasjonen og 2) bidra i utviklingen og/eller opprettholdelsen av lidelse(n). På denne måten tenker man at en transdiagnostisk prosess også er til stede i en ikke-klinisk populasjon, noe som er i tråd med den dimensjonale forståelsen om at prosessene forstås på et kontinuum, altså i motsetning til en dikotom forståelse. Dermed gir en slik tilnærming mening i kommuner der man også skal gi psykisk helsehjelp for ikke-diagnostiserbare tilstander.

Fordeler med transdiagnostikk

En fordel med en transdiagnostisk tilnærming er at den letter byrden ved å måtte lære seg mange spesifikke behandlingsmanualer for ulike problemer og lidelser (Marchette & Weisz, 2017). På denne måten vil man kunne gjøre evidensbasert behandling og tilnærming mer tilgjengelig for befolkningen. Det kan for eksempel være personer som ikke har alvorlig nok problematikk til å få hjelp i spesialisthelsetjenesten, som søker hjelp i kommunen. Slik kan transdiagnostiske tiltak potensielt være forebyggende for utvikling av mer langvarige psykiske tilstander.

En annen fordel er at man kan tilby behandling i gruppe-/kursformat. Da unngår man å måtte vente til en hel gruppe med en spesifikk lidelse fylles opp, noe som kan være nyttig i kommuner med få innbyggere. Erfaringsmessig har vi brukt kortere tid på å fylle et kurs som omhandler bekymring og grubling, i motsetning til et kurs som omhandler depresjon. Dessuten kan det være mindre «skummelt» og tabubelagt å delta på et kurs om grubling/bekymring enn om depresjon.

Metaanalyser og systematiske gjennomganger viser at transdiagnostiske behandlingsmetoder har like god effekt som diagnosespesifikke behandlingsmetoder (Garcia-Escalera et. al, 2016) Når effekten er like god, er det en fordel at det er mer effektivt å lære seg en slik tilnærming i stedet for mange ulike metoder for mange ulike diagnoser.

Referanser

- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, 28(4pt1), 927 - 946.
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current Status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179.
- Ehring, T., & Behar, E. (2020). Transdiagnostic view on worrying and other negative mental content. I Alexander L. Gerlach (Red.), Andrew T. Gloster (Red.) *Generalized Anxiety Disorder and Worrying: A Comprehensive Handbook for Clinicians and Researchers*. John Wiley & Sons Ltd
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children, and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147 - 175.
- Marchette, L. K., & Weisz, J. R. (2017). Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(9), 970 - 984.