

Tegner evidensbasert fremtid for PTSD-behandling

Matt Oxman

Vi vet noen behandlinger fungerer for mange med PTSD. Nå må forskere finne ut hvorfor de ikke fungerer for andre pasienter, sier Richard McNally, Harvard-professor på norgesbesøk.



Richard McNally

Noen publikummere så seg nødt til å stå når Richard McNally på torsdag holdt seminar på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, i et auditorium med 450 plasser. Forskningsgruppen Complexity in treatment Outcome, Psychopathology and Epidemiology (COPE) og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sto bak arrangementet, som var fullbooket.

McNally er psykolog, forsker og direktør av egen lab – McNally Laboratory – ved Harvard University. I fire timer på torsdag fortalte han om egne og andres studier. Psykologtidsskriftet intervjuet McNally etter seminaret, som handlet om traumer, minner og fremtidens PTSD-behandling. «Moralen» er ifølge McNally at vi trenger randomiserte studier.

– *Hva ved dagens PTSD-behandling er problematisk, og hvordan burde den endres?*

– I den grad psykologer og andre bruker evidensbaserte tiltak for PTSD, gjør de sitt beste. De tiltakene innebærer typisk forlenget eksponeringsterapi, kognitiv prosesseringsterapi og EMDR, som jeg i utgangspunktet var veldig skeptisk til. Men det er flere problemer. Ikke alle pasientene som får behandlingene, opplever bedring eller at alle symptomene blir borte. I tillegg må flere få tilgang til behandlingene, selv om de ikke er perfekte. Og så trenger vi forebyggende behandling.

– Noen psykologer og andre bruker behandlinger som ikke er evidensbaserte, som tradisjonelle psykoanalytiske eller psykodynamiske behandlinger. Vi vet ikke om disse fungerer. For ikke å snakke om behandlinger som promotes i sosiale medier basert på personlige erfaringer.

McNally viser til randomiserte studier han sier er store og velutførte nok til at vi kan være sikre på at noen PTSD-behandlinger fungerer for mange og noen andre mangler effekt, eller, som debrifing, til

og med kan forårsake PTSD. Studiene har etter hvert blitt så mange og standardiserte nok til å pålitelig oppsummeres i systematiske oversikter og metaanalyser, legger han til.

Nå må forskere identifisere forskjellene mellom pasientene som blir bedre etter å ha fått en av de beste tilgjengelige behandlingene, og de som ikke drar nytte av samme behandling i samme grad eller det hele tatt, sier McNally. Så må forskerne utvikle nye tiltak eller tilpasse behandlinger til pasientene som ikke responderer på originalen.

– Ta for eksempel imaginal exposure therapy. Behandlingen forutser gode evner til visualisering, men evnene til folk varierer. Faktisk er det noen som nesten ikke klarer å visualisere i det hele tatt. For dem med svakere visualiseringsevner har forskere nå brukt virtuell virkelighet.

Til slutt spør Psykologtidsskriftet om fremtiden til diagnostisering av PTSD. McNally var med å utvikle DSM-4 og sier de prøvde å koordinere med de som utviklet ICD-10. Han var ikke direkte involvert i utviklingen av DSM-5, men ekstern konsulent.

– *Hva med PTSD-diagnosen; hva burde endres?*

– Det er et interessant spørsmål. DSM-5 inkluderer 20 symptomer. ICD-11 har seks. Så de har gått i motsatte retninger, ler McNally.

– Du kan si at kriteriene i ICD-11 er en undergruppe av kriteriene i DSM-5. De er nøkkelsymptomer som i stor grad representerer hele symptomgruppen. Færre kriterier gjør det lettere å gjøre vurderinger. Dette er spesielt viktig i utviklingsland, hvor det er begrensede ressurser og kapasitet. Derfor heller jeg mot ICD.

Richard McNally

Richard McNally er professor og direktør for McNally Laboratory ved Harvard University. Han har doktorgrad i klinisk psykologi. Han forsker på angstlidelser, OCD, PTSD, komplisert sorg («complicated grief») og depresjon. McNally er medforfatter av over 500 vitenskapelige artikler.