

Unyansert om diagnoser

Debatter om diagnoser blir for ofte preget av overfladisk drøfting med hovedvekt på begrensninger med diagnoser.

TEKST

Sverre Urnes Johnson

PUBLISERT 5. oktober 2014

JEG VAR SÅ heldig å overvære debatten om diagnoser som Psykologtidsskriftet arrangerte i september.

Dessverre ble debatten, som vanlig når temaet diagnoser diskuteres, preget av overfladisk drøfting med hovedvekt på begrensninger med diagnoser. Jeg savnet en klar forskerstemme med dobbeltkompetanse (forsker og kliniker), som kunne nyansert debatten og gjort den relevant for den gjengse kliniker.

Feilslutning

Som forsker er jeg opptatt av å avgrense en gitt problematikk, for å studere fenomenet i dybden. Selv forsker jeg på angstlidelser, et felt hvor utvikling av manualer basert på diagnoser har ført til økt behandlingseffekt.

Vi vet for eksempel på gruppenivå at hvis en pasient fyller kriteriene for sosial fobi, så har vi en behandling som virker: kognitiv atferdsterapi (Clark & Wells, 1995). Over 50 prosent av pasientene oppnår remisjon.

Utfordringen oppstår når klinikere velger ikke å forholde seg til denne forskningen. Uttalelser som «vi må se det unike i hvert menneske» og «en diagnose fører til avstand i terapi», vil etter min mening føre til dårligere behandling.

Det er en feilslutning at terapi bør begynne med det individuelle, og holde seg på det nivået. Hvordan skal man da kunne ta hensyn til forskning som er gjort på gruppenivå? Jeg vil hevde at løsningen er å begynne med det vi vet om en diagnose på gruppenivå, noe som krever oppmerksomhet om diagnoser.

Eksempel

Uten å avlede debatten om diagnoser til å handle om spesifikke lidelser, så kan behandling av sosial fobi være et eksempel. Forskning viser at sosial fobi blant annet opprettholdes av selvfokus, bekymringer før sosiale situasjoner og en vedvarende grubling etter sosiale situasjoner, hvor pasientene ofte går igjennom den sosiale situasjonen i hodet for å finne ut om de gjorde en god fremtreden eller ikke. Denne analysen ender ofte med den konklusjonen at de dummet seg ut eller at andre tenker de

er udugelige, noe som speiler pasientens indre bilde av seg selv. Etter at kunnskapen på gruppenivå er tydeliggjort og benyttet i forberedelsen av terapien, bør det genereres en individuell kasusformulering som fanger pasientens individuelle prosesser. Kasusformuleringen blir dermed idiosynkratisk og tar hensyn til det unike aspektet hos hver enkelt pasient, samtidig som at forskningen som foreligger på gruppenivå, kan benyttes til det beste for pasienten.

Gullstandarden

Randomiserte kontrollerte studier, gullstandarden i psykologisk behandlingsforskning, tar for det meste utgangspunkt i diagnoser.

Når klinikere velger ikke å forholde seg til dette, vil de etter min mening heller ikke drive evidensbasert behandling. For å kunne si at man følger en evidensbasert metode, må manualen for diagnosen følges, selvsagt på en sømløs måte uten et teknisk språk. Det er en rekke stereotypier om manualer, som hindrer implementering av evidensbasert kunnskap, men det er en annen debatt. Uansett, hvis diagnostikken ikke er god, vil heller ikke manualen kunne benyttes på en god måte. Samtidig er det en utvikling i behandlingsforskningen ved at studier i større grad implementerer flere diagnoser.

I mitt eget doktorgradsprosjekt sammenligner jeg diagnosespesifikk kognitiv atferdsterapi med transdiagnostisk metakognitiv terapi for posttraumatisk stresslidelse, sosial fobi og panikklidelse med og uten agorafobi, på en pasientgruppe med høy grad av komorbiditet. Det at man arbeider transdiagnostisk, vil imidlertid ikke si at diagnoser er unyttig. Transdiagnostiske modeller er en direkte konsekvens av at man har utledet sentrale prosesser på tvers av diagnostiske kategorier, for eksempel perseverasjon i form av bekymring, grubling, trusselmonitorering og unnvikelse. Denne kunnskapen er hentet fra arbeidet med diagnosespesifikke modeller.

Det er imidlertid ikke nok å komme med en ny behandlingsmodell, den må testes empirisk, for å se i hvilken grad behandling er bedre eller like god som gullstandarden.

Unnvikelse blant psykologer

Det er et generelt problem at det er unnvikelse blant psykologer om å snakke om hva som virker best i terapi. Ofte blir forskningskunnskap nedprioritert mot klinisk erfaring, samtidig som vi vet at klinisk erfaring ikke predikerer gode utfall i terapi. Ofte handler debatten om at vi alle gjør det samme, og at all terapi har likhetselementer. Det er naturlig at debatten dreier i den retningen. Det å snakke om forskjeller i terapi impliserer at noe kan være bedre enn noe annet. Det vil også si at noen terapeuter er bedre enn andre. Den gjengse psykolog kan da stille seg spørsmålet: «Kanskje jeg ikke er god nok?» Denne typen utsagn genererer ubehag, og ubehaget må reguleres. Løsningen blir å rasjonalisere om at vi alle gjør det samme, i tråd med Leon Festingers teori om kognitiv dissonans. En annen løsning blir å, på en overfladisk måte, henviser til Bruce Wampold (som for øvrig er min veileder på doktorgraden) sine metaanalyser som viser

at det ikke er forskjell på terapimetoder, noe som er en unyansert forståelse av hans forskning.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 10, 2014, side 854-855

TEKST

Sverre Urnes Johnson, Seniorforsker og Psykologspesialist, Modum Bad