

# Pasientens mange dimensjoner

Dagens diagnosemanualer er for kategoriske, mener Nancy McWilliams. Sammen med kolleger har hun derfor utviklet en ny manual. - Det er et behov for å si noe om hvordan tilstander oppleves affektivt, kognitivt og somatisk, så vel som interpersonlig, sier hun.

**TEKST OG FOTO:**

**Jan-Martin Berge**

**PUBLISERT 2. oktober 2007**

---



**SENTRAL SKIKKELSE:** Nancy McWilliams er president for den psykoanalytiske divisjonen i den amerikanske psykologforeningen (APA). Fagbøkene hennes finnes på 12 språk, og i 2006 ble hun utnevnt til æresmedlem i APA.

Tidsskriftet møtte McWilliams i San Francisco, under den amerikanske psykologforeningens 115. konferanse. Hun var til stede for blant annet å presentere den Psykodynamiske diagnosemanualen (PDM), som hun har vært med på å utvikle.

– *Hva var bakgrunnen for å lage en slik manual?*

– Frustrasjon. Det er vanskelig å skulle sette merkelapper på pasienter basert på separate, ytre observerbare kategorier. Det er mye som ikke fanges opp av DSM og ICD-10, fordi disse ikke sier noe om hva sunn mental helse er. Pasienters symptomer har dessuten ulik fenomenologi, noe som har betydning for behandlingen.

– Diagnoser er nødvendige, du er jo nødt til å si noe om hva det er du jobber med. Men det uroer meg at DSM er et ideelt instrument for legemiddelindustrien og for forsikringsselskap, som vil ha oss til å tro at psykisk lidelse består av klart avgrensede, konkrete problemer som man kan behandle med medisin eller kort, manualisert terapi. PDM er ment som et dimensjonelt supplement til DSM og ICD, som er kategoriske.

– *Hvordan ble PDM laget?*

– PDM er laget på bakgrunn av moderne nevrovitenskap og utfallsstudier. Mine medforfattere og jeg tematiserte områder som mental funksjonsprofil og psykoterapiforskning, og drøftet teoretiske og konseptuelle grunnlag for diagnose. Diagnosemanualens tre hoveddeler er spedbarn, ungdom og voksne.

### **Fanger kompleksiteten**

McWilliams understreker at PDM skal løfte fram pasientens styrker og ikke bare svakheter. Gjennom å bruke PDM forsøker man videre å forstå både pasientens symptomer og hans eller hennes personlighet.

– En slik kartlegging gir en pasientprofil som kanskje viser et menneske med god resiliens, men med mindre god affektregulering, eller en pasient med god psykologisk innsikt, men uten solid selvtillit og realistisk selvilde. Dette gjør at terapeuten kan skape et bilde av pasientens ulike kapasiteter på en flerdimensjonal måte, sier McWilliams.

– *Så dere har forsøkt å forstå pasientens kompleksitet?*

– Ja, vi prøver å fange noe av kompleksiteten. DSM og ICD sier ingenting om subjektiv opplevelse av ulike forstyrrelser. Men det er et behov for å si noe om hvordan tilstander oppleves affektivt, kognitivt og somatisk, så vel som interpersonlig.

– *Hva kan PDM hjelpe klinikere med? Vil man med riktig diagnose automatisk gi korrekt behandling?*

– Nei, nei! PDM skal bidra til at terapeuter gjør åpne, tentative psykodynamiske kasusformuleringer. Tåler pasienten å bevege seg dypt i sitt følelsesliv, eller vil det destabilisere henne? Tåler hun konfrontasjon, eller vil det oppleves som en trussel? PDM er ikke en teknisk manual, men skal hjelpe klinikerens med å finne ut hvilken type relasjon pasienten trenger.

– *Noen pasienter lider av mangelpatologi, mens andre lider av konfliktpatologi?*

– Ja, absolutt. Og PDM tar høyde for at det er viktig å vite om en pasient er engstelig fordi han opplever en indre konflikt, eller om personen ikke har modnet på en spesiell

måte og dermed ikke er i stand til å utføre visse handlinger.

## **Farlig selvbilde?**

McWilliams og medforfatterne ville ikke ta noen eksplisitt ideologiske valg under arbeidet med PDM.

– Vi tror at ulike vinklinger og visjoner er av det gode.

– *Det er vel en atypisk holdning for din yrkesgruppe. Hvorfor er psykoanalytikere i stadig konflikt?*

– Hehe, jo da, det har vært mange uenigheter i det psykodynamiske feltet.

Psykoanalytikere er veldig glad i teorien sin. Men jeg synes å se at terapeuter, i motsetning til akademikere og teoribyggere, er mer integrative og syntetiske. De ønsker å se gjennom ulike linser. Det er i denne ånden menneskene bak PDM har jobbet, sier McWilliams.

– Jeg har dessuten en personlig teori om at psykologer, og særlig psykoanalytikere, er vant til å være veldig viktige for pasientene sine. Det kan få dem til å tro at de faktisk *er* viktige mennesker, med ufeilbarlige ideer. Det forsterker vår omnipotens!

## **Teknisk behandling**

Ifølge McWilliams gir diagnostisering med DSM-pasientene en opplevelse av at de får den beste behandlingen som finnes. Dersom de ikke oppnår rask bedring, vil pasientene tro det er noe galt med dem, eller at det er noe galt med psykoterapien. Dette gjør dem skeptiske. Problemet gjelder særlig pasientene med de mest alvorlige forstyrrelsene. For dem finnes det lite håp om å finne en helende relasjon i dagens helsevesen. Dette bekymrer psykoanalytikeren:

– Jeg har skrevet en artikkel, «Preserving our humanity», om kreftene som presser oss i retning av teknikk, bort fra behandlingen. Vi møter pasienter akkurat så lenge at de opplever noe symptomlette slik at de kan dra tilbake til situasjoner som på et dypt plan er ødeleggende for dem. Jeg vil ikke behandle mennesker bare for å sende dem tilbake til samfunnet for å bli re-traumatisert.

– *Jeg har fått inntrykk av at mange forskere ønsker færrest mulig sesjoner for behandling av psykiske lidelser. Har du noen tanker om denne utviklingen?*

– Vi har akseptert at redusering av ytre observerbare symptomer er hva psykoterapi bør være, heller enn at psykoterapi kan være å la mennesker vokse og gjøre noen justeringer i livet sitt. Det er uheldig.

– *Randomiserte kontrollerte studier (RKS) er gullstandarden for psykoterapiforskning. Hvorfor er det slik?*

– RKS er en elegant måte å studere visse ting på. Men det er intellektuell latskap å anta at et godt instrument for å studere et fenomen kan brukes til å studere hele forskningsfeltet. Maslow sa for over 50 år siden at problemet med et godt instrument er at det får det vitenskapelige miljøet til å tro at det eneste som er verdt å forske på, er det

gitte instrumentets anvendelsesområde. Det blir som en astronom som bruker kun én type teleskop. Alt i universet som du ikke kan se med dette ene teleskopet, ignorerer du å teoretisere omkring, siden du ikke kan studere det gjennom dette instrumentet. Det sier ikke noe om at det er et dårlig teleskop, men det kan allikevel ikke definere hele feltet.

## **Tid, dybde og relasjon**

– *Er det rom for psykodynamisk teori og praksis i dagens helsevesen?*

– Jeg håper det. Mange vil nok jobbe psykodynamisk, man vil jo hjelpe andre. Man vil oppdage at rask symptomlette er relativt trivielt, og man kommer til å innse at pasientene trenger tid, dybde og relasjon til et annet menneske.

– *Det psykodynamiske språket har blitt en del av vårt naturlige språk. Det må bety at feltet har en funksjon?*

– Ja! Folk tror de er veldig antipsykoanalytiske, samtidig som de snakker om identitet, forsvar, rasjonalisering, til og med om overføring og motoverføring. Det irriterer meg, fordi disse bygger på en tradisjon de ikke anerkjenner.

– *Men du har troen på framtiden?*

– Dynamisk terapi vil ikke forsvinne, fordi vi *vet* at det hjelper mennesker. Jeg er derimot redd for at psykodynamisk terapi bare blir tilgjengelig for høytlønnede. Mindre bemidlede vil få tilbud om korte, manualiserte behandlinger, hvor de ikke blir sett som ekte mennesker. Det plager meg virkelig. Det vil knuse hjertet mitt å se en slik utvikling, avslutter en engasjert Nancy McWilliams.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 10, 2007, side 1269-1270*

### **TEKST OG FOTO:**

**Jan-Martin Berge**

KONTAKT: jon.fiske@nav.no