

# Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling

Hvis psykiske lidelser er mer like enn ulike med hensyn til opprettholdende faktorer, kan det være grunn til å utforske de felles psykopatologiske prosessene og utvikle behandlingsmetoder som retter seg direkte mot å endre dem.

## TEKST

**Roger Hagen**

**Sverre Urnes Johnson**

**Even Rognan**

**Odin Hjemdal**

**PUBLISERT 5. mars 2012**

---

Basert på ulike epidemiologiske studier fremtrer komorbiditet som regelen heller enn unntaket ved forekomsten av psykiske lidelser (First, 2005; Kessler, 1994, 1997; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Robins & Regier, 1991). Komorbiditetsbegrepet har blitt mer betydningsfullt etter hvert som revisjonene av de ulike diagnosemanualene har generert flere og mer spesifikke diagnoser (First, 2005; Hagen, 2008). Når diagnosene blir flere, øker også sjansen for et betydelig overlapp mellom diagnosene, uten at disse kategoriene trenger å være fenomenologisk forskjellige (jf. Borsboom et al. (2011) for en gjennomgang av underliggende likheter ved psykiatriske diagnoser). Det kan finnes flere forklaringer for det høye nivået av komorbiditet som et fenomen ved psykiske lidelser (Barlow, 2002):

- Komorbiditet forklares på bakgrunn av overlappende diagnostiske kriterier (Hagen, 2008).
- En mulig sekvensiell relasjon mellom ulike psykiske lidelser, slik at trekk ved én lidelse tjener som en risikofaktor for en annen (Moses & Barlow, 2006).
- Ulike psykiske lidelser deler felles underliggende trekk ved at det er innbyrdes kognitive og atferdsmessige prosesser over ulike diagnosekategorier (Sloan & Kring, 2010).

Det som er viktig å forstå i denne sammenhengen, er at komorbiditet sett ut fra en psykologisk forståelse *ikke nødvendigvis impliserer* forekomsten av multiple lidelser eller multiple psykologiske problemer, men heller problemer med å finne enklere forståelsesmodeller som kan forklare de symptomene som pasienten kommer til behandling for (Hagen, 2008).

Den diagnosespesifikke tilnærmingen har ført til store fremskritt i behandlingen av spesifikke lidelser (Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2008), men på samme tid viser

klinisk praksis og psykologisk forskning at det finnes felles psykopatologiske prosesser på tvers av de fleste psykiske lidelser (Mansell et al., 2008). Hvis det er slik at psykiske lidelser er mer *like* enn *ulike* med hensyn til opprettholdende faktorer, er det ikke da betimelig å stille spørsmålet om vi heller burde utforske disse felles psykologiske prosessene og utvikle behandlingsmetoder som retter seg direkte mot å endre disse? Det at mange ulike terapiretninger kan vise til nesten like gode resultater ved behandling av enkelte psykiske lidelser, kan skyldes at de endrer disse delte psykopatologiske prosessene (Paris, 2008). I så fall beskriver kanskje resultatene ikke hver enkelt terapiretningens egentlige effektivitet.

**«Komorbiditet sett ut fra en psykologisk forståelse impliserer ikke nødvendigvis forekomsten av multiple lidelser eller multiple psykologiske problemer, men heller problemer med å finne enklere forståelsesmodeller som kan forklare de symptomene som pasienten kommer til behandling for»**

I denne artikkelen tar vi for oss det som kalles et *transdiagnostisk perspektiv på psykologisk behandling*. Transdiagnostisk teori og behandling er rettet mot å forstå og endre de felles og spesifikke prosessene ved ulike psykiske lidelser. I denne tilnærmingen er det ikke diagnosen *per se* som er relevant, men hvordan det idiosynkratiske uttrykket ved hver enkelt transdiagnostisk prosess kommer til uttrykk hos pasienten (McEvoy, Nathan & Norton, 2008). Det transdiagnostiske perspektivet ser på hvordan psykologiske grunnfenomener kan forstås som utviklende og opprettholdende faktorer ved psykiske lidelser. En slik forståelsesmodell vil derfor ha viktige konsekvenser for psykoterapeutisk behandling. I første del av artikkelen vil vi tydeliggjøre det vi mener kan være delte psykopatologiske prosesser ved psykiske lidelser, og i del to trekker vi frem to former for psykoterapeutisk behandling som bygger på en transdiagnostisk tilnærming. Avslutningsvis vil vi diskutere hvilke kliniske følger et slikt perspektiv kan ha for psykologisk behandling. Artikkelforfatterne kommer fra et kognitivt atferdsterapeutisk ståsted, slik at de transdiagnostiske prosesser og behandlinger vi vil redegjøre for i denne artikkelen, vil basere seg på teori hentet fra en kognitiv forståelsesmodell. Det betyr ikke at vi ikke anerkjenner at andre ulike psykoterapeutiske terapiretninger berører de samme fenomenene.

**Emosjonsregulering og tilhørende psykologiske prosesser**

Emosjonsregulering er et psykologisk grunnfenomen som er viktig i transdiagnostisk teori og behandling. Vanskeligheter med regulering av negative emosjoner ser ut til å være en sterk vedlikeholdende faktor ved de fleste typer av psykopatologi (Werner & Gross, 2010), da individer som opplever psykiske problemer, velger å ta i bruk reguleringsstrategier som kan hjelpe på kort sikt, men som bidrar til å øke problemet på lang sikt. La oss ta som eksempel pasienten som opplever et panikkanfall. For å mestre angsten for nye panikkanfall begynner han å unngå situasjoner der han antar at nye anfall kan oppstå. Unngåelsesatferden reduserer i dette eksemplet de negative affektene i øyeblikket, men som en mestringsstrategi vedlikeholder den angsten fordi pasienten ikke får tilgang til ny korrigerende og avkrefte informasjon på at situasjonen ikke er farlig. I en psykologisk behandling ville det derfor være hensiktsmessig å tilstrebe en reduksjon av de mindre adaptive reguleringsstrategiene, og øke de mer adaptive strategiene hos individet som plages av psykologiske problemer.

De underliggende psykologiske mekanismene som påvirker strategier for emosjonsregulering er derfor av stor betydning for psykologisk fungering, og vi vil nedenfor kort redegjøre for underliggende kognitive og atferdsmessige psykologiske prosesser som er forbundet med mindre hensiktsmessige former for emosjonsregulering.

Harvey, Watkins, Mansell og Shafran (2004) gjorde en empirisk gjennomgang av felles underliggende prosesser ved ulike psykiske lidelser. Resultatene deres viser at temaene oppmerksomhet, unngåelse, hukommelse, emosjonell resonnering, tankeprosesser og spesifikke typer av atferd er viktige når det gjelder forståelsen av dannelsen og opprettholdelsen av psykopatologi. Vi vil kort gjennomgå noen av deres resultater.

*Oppmerksomhetsfokus* er noe man ser tydeligst ved spesifikke fobier og sosial fobi, men det er også indikasjoner for at oppmerksomhetsfokus er sentralt også i depresjon og schizofreni. Ved sosial fobi er det f.eks. slik at personer har et internt fokus på seg selv, noe som vedlikeholder angsten hos individet, og dette selektive og interne oppmerksomhetsfokuset er også til stede ved mange andre psykiske lidelser (Phillips & David, 1997; Streit, Wölwer & Gaebel, 1997; Williams, Loughland, Gordon & Davidson, 1999).

*Unngåelsesatferd* er et annet eksempel på en opprettholdende transdiagnostisk prosess som er funnet ved angstlidelser, PTSD, smertelidelser, unipolar depresjon og psykotiske lidelser (Harvey et al., 2004). Unngåelsesatferden kan være ekstern som f.eks. ved PTSD, hvor en unngår steder og situasjoner som minner om det opplevde traumet, men det kan også være av en intern art hvor en prøver å undertrykke og unngå bestemte private opplevelser som følelser, minner og tanker (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). En betydningsfull klinisk implikasjon ved slike unngåelsesprosesser er at de reduserer tilgangen til informasjon som kan avkrefte personens problematiske antagelser. Det er risiko for at slike unngåelsesstrategier kan generaliseres hos personen, og at denne unngår stadig mer. I tillegg rettes fokus vekk fra annen intern og ekstern informasjon som kan være viktig for ervervelse av nye ferdigheter og korrigerende informasjon hos pasienten (Hayes et al., 1996; Harvey et al., 2004).

*Emosjonell resonnering* er et annet eksempel på en transdiagnostisk prosess som er til stede over alle angstlidelser (Harvey et al., 2004). Sentralt i emosjonell resonnering er hvordan individet bruker følelser som en informasjonskilde i evaluering og bedømmelse av situasjoner, og dermed lar den emosjonelle tilstanden påvirke valg og beslutninger i situasjonen. Et klinisk eksempel er agorafobi, hvor pasienter opplever angst ute i det offentlige rom, og tenker at angsten signaliserer fare og derfor velger å holde seg borte fra disse stedene. I en klinisk sammenheng blir emosjonell resonnering viktig fordi den kan være med på å forklare hvordan uhensiktsmessige overbevisninger vedvarer i møte med ny informasjon (noe som også er tilfellet ved sosial fobi hvor pasienten til stadighet eksponerer seg for sosiale situasjoner, men ikke blir bedre til tross for dette).

Et siste eksempel på en transdiagnostisk prosess relaterer seg til en *gjentagende negativ tenkning* som er til stede ved nesten alle psykiske lidelser (Harvey et al., 2004). Bekymring og «grubling» er eksempler på slike kognitive stiler som øver en negativ påvirkning på en persons psykologiske helse (Wells, 2009). Disse prosessene er særdeles sterke opprettholdende ved alle angstlidelser, depresjoner og psykoselidelser (Hjemdal & Hagen, 2012).

Spesifikke behandlingsmanualer kan kritiseres for manglende fleksibilitet, da de hovedsakelig retter behandlingen mot en primærdiagnose (Addis & Krasnow, 2000). Sett fra et terapeutisk ståsted blir det da nødvendig å utvikle behandlingsformer som kan ta høyde for den kliniske kompleksiteten. Harvey og medarbeidere (2004) sin forskning har gitt oss mye kunnskap om underliggende psykopatologiske prosesser, og vi kan da anta at en grundig psykologisk behandling må rette seg mot å endre disse felles og opprettholdende kognitive og emosjonelle prosessene (McHugh, Murray & Barlow, 2009). Et slikt fokus vil kunne utgjøre et viktig bidrag til en helhetlig behandling av pasienter med sammensatte og komorbide lidelser. Barlow og Wells har skissert to ulike behandlingstilnærminger som direkte retter seg mot å endre disse sentrale patologiske komponentene (Barlow, Allen & Choate, 2004; Brown & Barlow, 2005, 2009; Wells, 2009). Disse behandlingsmetodene viser hvordan det transdiagnostiske perspektivet kan implementeres i klinisk teori og praksis, og som retter seg mot de prosessene vi kort har gjennomgått ovenfor. Vi vil derfor redegjøre for disse behandlingstilnærmingene mer utfyllende.

### **Barlows transdiagnostiske behandlingsmodell**

Som beskrevet tidligere er uhensiktsmessig emosjonsregulering et psykologisk fenomen som eksisterer på tvers av ulike diagnosegrupper (Campbell-Sils, Barlow, Brown & Hofmann, 2006; Moses & Barlow, 2006). Med bakgrunn i dette vektlegger Barlows transdiagnostiske behandlingsmodell hvordan mennesker med emosjonelle problemer opplever og reagerer på sine egne emosjoner (Campbell-Sils et al., 2006; Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich & Barlow, 2010; Moses & Barlow, 2006). Behandlingen er derfor rettet mot å hjelpe pasientene å lære seg å konfrontere og utfordre sine ubehagelige emosjoner, og deretter å utvikle ferdigheter som er mer

adaptive enn de tidligere mestringsstrategiene de har brukt (Barlow et al., 2004; Brown & Barlow, 2005, 2009). Psykoedukasjon, kognitiv restrukturering, modifisering av emosjonsstyrt atferd og intervensjoner som retter seg mot den emosjonelle unnvikelsen, er de sentrale terapeutiske endringsprosessene i den transdiagnostiske behandlingstilnærmingen (Barlow et al., 2004; Moses & Barlow, 2006).

Psykoedukasjon hjelper pasienten til å få en innsikt i og forståelse av de opprettholdende prosessene og mekanismene ved ens psykologiske problemer. Informasjon om kjennetegn ved ens psykologiske problemer er det sentrale element. Den har som et overordnet formål å normalisere pasientens presenterte plager og symptomer, slik at man forstår hvordan ens tenkning og atferd opprettholder ens psykiske problemer.

Kognitiv restrukturering har som formål å endre pasientens uhensiktsmessige tanker og antagelser. Ifølge Moses og Barlow (2006) involverer psykiske lidelser ofte to typer av feilaktige kognitive vurderinger:

- Overvurdering av sannsynligheten for at noe negativt skal skje
- Katastrofetanker om hva som kan skje hvis noe negativt skulle inntreffe

Ifølge Moses og Barlow (2006) er det flere måter å endre disse kognitive oppfatninger på, og i litteraturen benevnes det ofte som verbale og atferdsmessige metoder (Wells, 1997).

Verbale metoder er ulike måter å identifisere og endre negative tanker og antagelser hos pasienten gjennom å bruke den sokratiske metode. De atferdsorienterte metodene dreier seg i hovedsak om bruken av atferdseksperimenter som en måte å endre opprettholdende hypoteser rundt et psykologisk problem på. Både de verbale og de atferdsorienterte teknikkene utgjør sentrale endringsverktøy, da de samme prinsippene for endring anvendes enten pasientens problem eksempelvis relaterer seg til en angstproblematikk eller en depressiv lidelse (Barlow et al., 2004)

Et sentralt aspekt i modellen er knyttet til endring av emosjonsstyrt atferd. Emosjonsstyrt atferd refererer til spesifikke typer atferd som er drevet av sterke emosjoner, og som ved psykiske lidelser virker selvoppretholdende (Fairholme et al., 2010). En person med generalisert angstlidelse kan eksempelvis ha et sterkt behov for å ta kontakt med andre for å bli forsikret om at bekymringen er ubegrunnet. Bekymringen vil da kunne reduseres midlertidig. Men samtidig vil det å søke bekreftelse fra andre medvirke til å opprettholde lidelsen, da man ikke føler at man kan kontrollere bekymringene på egen hånd. Tilsvarende vil det å flykte fra en sosial situasjon være en adaptiv respons ved sosial fobi, men derimot være uhensiktsmessig dersom man kunne fått bekreftet at situasjonen egentlig er ufarlig. Et godt eksempel på hvordan det å arbeide med emosjonsstyrt atferd kan ha et godt resultat, kan hentes fra behandlingen av depresjon. Atferdsaktivering er en sentral del av behandlingen for å få til et vellykket resultat (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996). Deprimerte pasienter er ofte preget av mangel på initiativ og energi. Dersom man erstatter

manglende initiativ med aktivitet, kan det virke symptomreducerende, nettopp fordi den emosjonsstyrte atferden endres. Ulike lidelser har imidlertid forskjellige former for emosjonsstyrt atferd, og det vil da være behov for forskjellige spesifikke tiltak for å endre den emosjonsstyrte atferden, avhengig av individets spesifikke psykologiske problem. Selv om tiltakene er spesifikke, er målsettingen om å endre de underliggende prosessene felles for ulike typer lidelser.

**«Dersom det er slik at mange psykiske lidelser kan ha et felles psykopatologisk grunnlag, bør ikke dette også ha en betydning for hvordan vi kategoriserer og diagnostiserer psykiske lidelser?»**

Et siste sentralt punkt i Barlows behandlingstilnærming er at man legger stor vekt på å endre pasientens emosjonelle unnvikelse. Barlow (2004) skiller mellom tre former for emosjonell unnvikelse: intern unnvikelse, kognitiv unnvikelse og trygghetsatferd. Intern unnvikelse omhandler blant annet å unngå kroppslig aktivering, som vi ser ved angstlidelser. Ved f. eks. panikklidelser unngår ofte pasienten fysisk aktivitet, fordi det gir symptomer som kan identifiseres med et panikkanfall. Et eksempel på kognitiv unnvikelse er når pasienten prøver å distrahere seg bort fra eller undertrykke tanker som han tror er farlige. Det innebærer at oppmerksomheten bevisst flyttes vekk fra en fryktet stimulus for å unngå emosjonell aktivering. Den tredje og siste formen for unnvikelse er bruken av trygghetsatferd, som kjennetegnes av forsøk på å endre premissene i situasjonen for at det skal bli lettere å kontrollere følelsene (Wells, 1997). Trygghetsatferd fungerer på denne måten som en form for emosjonsregulering. Men på samme tid vil den hindre individet i å endre den emosjonelle opplevelsen og være et hinder for progresjon i behandlingen. Et eksempel på slike typer av opprettholdende trygghetsatferd er når personer med sosial fobi bruker mørke briller for å skjule ansiktsuttrykk, eller øver i timevis på noe de skal si i en forsamling. De ulike formene for trygghetsatferd hindrer pasienten i å endre de emosjonelle opplevelsene som er knyttet til situasjonen.

Ulike behandlingsstudier viser at Barlows transdiagnostiske behandlingsmodell har god effekt på tvers av ulike diagnosegrupper, og med høye effektstørrelser etter endt behandling og oppfølging (Ellard, Fairholm, Boisseau, Farchione & Barlow, 2010). Dette kan indikere at en transdiagnostisk tilnærming med fokus på felles underliggende mekanismer kan være vellykket i behandlingen av komorbide psykiske lidelser som f. eks angst og depresjon.

**Wells' transdiagnostiske modell**

Metakognitiv terapi skiller seg fra andre behandlingsformer ved at man har fokus på å endre tankeprosesser fremfor å arbeide med selve tankeinnholdet. Det sentrale her er at hvordan vi responderer på våre tanker er mer betydningsfullt enn selve innholdet i dem. For en mer grundig gjennomgang av MCT teoretiske fundament viser vi til Hjemdal og Hagen (2012).

Begrepet metakognisjon refererer til kognitive prosesser som er involvert i vurdering, monitorering og kontroll av kognisjon (Wells, 2009). Metakognitiv kunnskap kan deles inn i prosedural og deklarativ kunnskap. Prosedural kunnskap kan beskrives som tanker relatert til informasjonsbearbeiding og kontroll av kognisjon. Kort fortalt kan man si at denne typen kunnskap dreier seg om heuristikker og problemløsningsstrategier som personer benytter seg av for å regulere seg selv. Deklarativ kunnskap utgjør metakognisjoner som er tanker om tenkning og kan uttrykkes verbalt, for eksempel: «Hvis jeg grubler, finner jeg svar.»

Metakognisjoner kan videre deles inn i positive og negative metakognisjoner. Positive metaantagelser er oppfatninger og antagelser om fordeler ved å anvende ulike reguleringsstrategier. Ofte vil disse antagelsene være ubevisste, men på direkte spørsmål kan pasienter ofte verbalisere dem. F.eks. kan en positiv metakognisjon være: «Hvis jeg bekymrer meg, vil jeg være forberedt» (noe som ofte observeres hos individer som plages av generalisert angst). De negative metakognisjonene omfatter antagelser om ukontrollerbarhet og fare forbundet med tanker. Antagelser som at «bekymring kan være skadelig» og «det at jeg har slike tvangstanke, er et uttrykk for at jeg er gal» er eksempler på slike negative metakognisjoner. De metakognitive antagelsene utgjør et problem da de påvirker hvordan pasienter forholder seg til sine egne tanker og bidrar til å utvikle og opprettholde psykologiske problemer.

Ifølge MCT vil psykiske lidelser være knyttet til aktivering av en uhensiktsmessig kognitiv stil kalt *det kognitive oppmerksomhetssyndromet* (KOS, Wells, 2009). KOS er en uhensiktsmessig måte å mestre tanker og følelser på; den består av bekymring og grubling, trusselfokus og andre uhensiktsmessige mestringsstrategier som fører til en repeterende uhensiktsmessig kognitiv prosessering. På kort sikt vil alle disse mestringsstrategiene føre til regulering av negative affekter, men i det lange løp til mer symptomer og mindre kontroll i reguleringen av negative tanker og følelser (Wells & Matthews, 1994, 1996). Sterkere fokus på trusler fører oftest til økt bekymring og mer angst.

Siden KOS er til stede i de fleste psykiske lidelser, regnes det som et transdiagnostisk fenomen. Modifisering av dette er sentralt i Wells' behandlingsform. Ulike diagnoser kan være forbundet med å ha forskjellige typer av metakognisjoner, men kjennetegnene ved KOS vil alltid være til stede. Det fører til at individet låses inne i en negativ sirkel av tankeprosesser og bidrar til at angst og depressive problemer vedvarer. Ulike diagnosegrupper vil kunne ha forskjellig tankeinnhold, for eksempel tanker om å dumme seg ut sosialt (sosial angst) eller tanker om smitte (OCD), men ifølge MCT er det altså felles underliggende prosesser som driver lidelsene.

I MCT vil det derfor være viktig å endre de positive og negative metaantagelser som forårsaker de psykologiske problemene. Det gjøres gjennom å endre de metakognitive prosessene og ved å gi personen nye opplevelser og erfaringer, slik at KOS faller bort og blir erstattet med mer adaptive reguleringsstrategier i forhold til tanker og følelser (for en mer fyldig redegjørelse for MCT-behandling henvises det til Hjemdal & Hagen, 2012).

Ulike studier tyder så langt på at MCT-behandling har en meget god effekt, men de er hovedsakelig gjort på små utvalg (Wells, 2009), selv om flere større RCT-studier tyder på meget gode resultater (se f.eks. van der Helden et al., 2012). Det gjenstår derfor å undersøke effekten av MCT i større randomiserte og kontrollerte studier.

## Diskusjon

David Barlow og Adrian Wells viser hvordan en transdiagnostisk forståelsesmodell kan gis klinisk anvendelse. Et felles punkt ved disse behandlingstilnærmingene er den særlige vektleggingen av de felles underliggende og opprettholdende mekanismene som er relevante på tvers av psykiske lidelser. En forståelse av transdiagnostiske prosesser kan derfor føre til en behandling som er mer spesifikt tilpasset hver klient enn rettet mot den enkelte lidelse pasienten har. Dermed kan slike tilnærminger gi terapeuten viktige indikasjoner på hvor hovedfokuset i terapien bør ligge også i tilfeller med komorbiditet hos pasienten.

**Kliniske implikasjoner** Vår forskningsinnsats bør i større grad rettes mot å identifisere transdiagnostiske prosesser, fordi det kan bidra til en dypere forståelse av mediatorer og moderatorer i psykoterapeutisk behandling. Et viktig fokus i klinisk forskning bør være hvorfor og hvordan behandling fungerer (mediatorer), og på hvem og under hvilke omstendigheter behandlingen fungerer (moderatorer) (Kraemer, Wilson, Fairburn & Agras, 2002). Et slikt forskningsfokus vil ha større klinisk betydning enn dagens psykoterapiforskning, der tradisjonen er at ulike behandlingsformer settes opp mot hverandre. Identifisering av spesifikke transdiagnostiske prosesser kan gjøre det mulig for fremtidige behandlingsstudier å fokusere på felles prosesser og deretter å evaluere effekten av spesifikke intervensjoner rettet mot å endre disse. Det kan føre behandlingsforskningen videre og bringe ny kunnskap som den tradisjonelle tilnærmingen har vansker med å bidra til. Hvorfor psykoterapeutiske intervensjoner fungerer, og hvordan effekten av psykoterapi blir påvirket av mediatorer og moderatorer, er spørsmål som vi i liten grad kan besvare på basis av tradisjonell behandlingsforskning, og som gjør at vi i altfor liten grad vet hvorfor terapi fungerer (Kraemer et al., 2002).

Det transdiagnostiske perspektivet reiser også et annet viktig spørsmål. Dersom det er slik at mange psykiske lidelser kan ha et felles psykopatologisk grunnlag, bør ikke dette også ha en betydning for hvordan vi kategoriserer og diagnostiserer psykiske lidelser?

Et diagnosesystem med mindre vekt på diagnostiske kategorier og mer vekt på underliggende prosesser vil da være en mer hensiktsmessig klassifikasjon av psykopatologi (Barlow, 2000; Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon, Gomez, 2003; Brown & Barlow, 2009; Kring & Werner, 2004). En slik emosjonell taksonomi ville være en stor



fordel, da problemer knyttet til negative affekter og emosjonsregulering ser ut til å karakterisere nesten alle de diagnostiske kategoriene i DSM-IV og ICD-10 (Werner & Gross, 2010). En stor fordel med en slik tilnærming til diagnoser er at psykologisk behandling kan få et bedre grunnlag for å rette fokus mot å forstå og endre/modifisere de felles underliggende prosessene som er relatert til emosjonsregulering. Siden et transdiagnostisk perspektiv vektlegger delte psykologiske mekanismer over lidelser fremfor spesifikke trekk ved enkeltdiagnoser, eliminerer det også i større grad problemet omkring komorbiditet, både på et teoretisk og et behandlingsmessig plan (Harvey et al., 2004). Utviklingen i diagnosesystemet med flere og flere diagnoser representerer videre en utfordring i arbeidet med å frembringe evidens for terapiformer som er tilpasset ulike diagnoser (Barber, 2009). Kombinasjonene av mange ulike diagnoser, samt kostnadene ved randomiserte kontrollerte studier, gjør det vanskelig å fremstille evidensbasert kunnskap i form av randomiserte kontrollerte studier med tilstrekkelig statistisk styrke. Det å behandle psykiske lidelser ut fra dimensjoner og spesifikke prosesser kan da være et viktig skritt mot et diagnosesystem som i større grad samsvarer med den kliniske virkeligheten.

## **Konklusjon**

Et transdiagnostisk perspektiv kan bringe inn ny kunnskap om hvordan vi forstår og behandler psykiske lidelser. En psykoterapeutisk behandling med vekt på de transdiagnostiske prosessene er fremtidsrettet i den forstand at de ikke krever en spesifikk manual tilpasset hver diagnose, men bidrar til en bedre integrering av ny forskning og ivaretar klinisk realitet i forhold til psykologisk behandling. Et transdiagnostisk fokus vil også være med på å fremme ny kunnskap om mediatorer og moderatorer i psykologisk behandling, noe som kan gi oss bedre mulighet til å bryte ned psykoterapiretninger til mer spesifikke og effektive metoder/teknikker som retter seg mot å endre felles psykopatologiske prosesser over diagnoser, og som på lengre sikt kan etablere en mer integrativ form for psykoterapi.

## **ABSTRACT**

Toward a common ground: A transdiagnostic approach to psychological treatment  
Understanding the factors that contribute to the high rates of comorbidity may provide useful in the treatment of multiple psychiatric disorders. Studies have shown that psychological treatment of one specific psychological disorder leads to significant reduction in comorbid symptoms. These findings indicate that there are common psychopathological factors across different diagnoses, and that psychological treatment should focus on changing these shared processes. The aim of the paper is to address the theoretical background behind the development of transdiagnostic approaches to psychological treatment. Two different treatment approaches that aim to change transdiagnostic factors are discussed. The authors argue that this new focus on transdiagnostic processes and treatment can improve treatment flexibility and enhance research on possible mediators in psychotherapy.

**TEKST**

**Roger Hagen**, Psykologisk Institutt, Norges teknisknaturvitenskapelige universitet

**Sverre Urnes Johnson**, Dobbeltkompetansesependiat UIO/Modum Bad

**Even Rognan**

**Odin Hjemdal**, Psykologisk institutt, NTNU

+ Vis referanser

Referanser

Addis, M. E. & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists attitudes towards psychotherapy treatment manuals. 331-339.

Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. 1-12.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mystery of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. 1247-1263.

Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2. utg.). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. 869-878.

Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. 205-230.

Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. & Gomez, J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. 206-226.

Borsboom, D, Cramer A. O. J., Schmittmann, V. D., Epskamp, S. & Waldorp, L. J. (2011). e27407.doi:10.1371/journal.pone.0027407

Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. 551-556.

Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. 256-271.

Campbell-Sils, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Effects of emotional suppression and acceptance in anxiety and mood disorders. 587-595.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J., Atkins, D, Dunner, D. & Jacobson, N. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. 658-670.

Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data 88-101.

- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T. & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation and psychological treatment. I Kring, A. M. & Sloan, D. M. (red.), (s. 285-309). New York: Guilford Press.
- First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus cooccurring diagnostic categories: The challenge of diagnostic comorbidity. 206-210.
- Hagen, R. (2008). Group and individual based cognitive behavioural therapy for severe psychiatric disorders. The challenge of complex and comorbid disorders. Doktoravhandling innlevert ved NTNU, 2008:181.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. 1152-1168.
- Hjemdal, O. & Hagen, R. (2012). Metakognitiv terapi ved depresjon. 59-63.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Golland, J. K., Gortner, J. K. & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. 295-304.
- Kessler, R. C. (1994). The National Comorbidity Survey of the United States. 365-377.
- Kessler, R. C. (1997). The prevalence of psychiatric comorbidity. I S. Wetzler & W. C. Sanderson (red.), (s. 23-48). New York: Wiley-Liss.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of the 12-months disorders in the National Comorbidity Survey-replication. 617-627.
- Kraemer, H. C., Wilson, T. G., Fairburn, C. G. & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. 877-883.
- Kring, A. M. & Werner, K. (2004). Emotion regulation and psychopathology. I P. Philippot, R. S. Feldman (red.), (s. 359-392). London: Psychology Press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R. & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. 181-191.
- McEvoy, P. M., Nathan, P. & Norton, P. J. (2008). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research direction. 20-33.
- McHugh, R. K., Murray, H. W. & Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. 946-953.
- Moses, E. B. & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. 146-150.
- Paris, J. (2008). Treatment of borderline personality disorders: A guide to evidence-based practice. New York: Guilford Press.
- Phillips, M. L. & David, A. S. (1997) Visual scan paths are abnormal in deluded schizophrenics. 99-105.
- Robins, L. E. & Regier, D. A. (red.) (1991), New York: The Free Press.

- Sloan, D. & Kring, A. M. (2010). Introduction and overview. I A. M. Kring & D. Sloan (red.),  
(s.1-12).  
New York: Guilford Press.
- Streit, M., Wölwer, W. & Gaebel, W. (1997). Facial-affect recognition and visual scanning behaviour  
in the course of schizophrenia. 311-317.
- Van der Heiden, C., Muris, Peter. & Van Der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the  
effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized  
anxiety disorder, 100-109.
- Wells, A. (1997). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice manual and conceptual guide.  
Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2009). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford Press.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). Hove, UK: Lawrence  
Erlbaum Associates.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF Model.  
881-888.
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. A conceptual  
framework. I A. M. Kring & D. Sloan (red.),  
(s. 13-37). New York: Guilford Press.
- Williams, L. M., Loughland, C. M., Gordon, E. & Davidson, D. (1999). Visual scanpaths in  
schizophrenia: Is there a deficit in face recognition? 189-199.