

# **Psychodynamic Diagnostic Manual** **- En kunnskapsoppsummering**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Helsevitenskapelig fakultet**  
**Master i Relasjonsbehandling med tema:**

**Psykodynamisk diagnostikk**

**E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student: Sigurd Bjørheim Haga**  
**Veileder: Johannes Hendrik Langeveld**

**Dato: 21.05.21**

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING  
E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

Vår - 2021

**FORFATTER(e)/MASTERKANDIDAT(er):** Sigurd Bjørheim Haga

.....  
.....

**VEILEDER:.....**Johannes Hendrik Langeveld

.....

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:** Psychodynamic Diagnostic Manual – En kunnskapsoppsummering

.....

**Engelsk tittel:** Psychodynamic Diagnostic Manual – A review

.....

**EMNEORD/STIKKORD:** Psykodynamisk

.....  
.....

**ANTALL SIDER:** 60

**STAVANGER**

**21.05/2021**

(Dette skjemaet brukes som side 2 i masteroppgaven)

## ***Abstrakt:***

I denne masteroppgaven har det blitt foretatt et *integrative review* for å finne ut hvordan og hva den psykodynamiske diagnosemanualen *PDM* tilfører til den allerede eksisterende nosologi. Gjennom søk i tre ulike databaser har det blitt samlet opp kunnskap, rangert evidens og inndelt i nye former. Oppsummeringen av kunnskapen gir oss ny innsikt i søken etter svaret på oppgavens problemstilling. Samtidig tilbyr den valgte metoden et overblikk over eksisterende kunnskap på området. Et stort antall av søkerresultatene var evidens basert på spesialist-uttalelser eller bok-anmeldelser, de var i hovedtrekk positive til *PDM*. Mange av dem sier noe om, og beskriver, det eksisterende gapet mellom den deskriptive klarhet og presisjon som de tradisjonelle diagnosesystem representerer - og den personsentrerte, nyanserte og sofistikerte kunnskapen teorien representerer. *PDM*-systemet er ment som et supplement for å tette dette gapet, og tilføye tradisjonell diagnostikk en mer nyansert og rikere beskrivelse av mennesker. I undersøkelsen som er gjort her har man identifisert noen sentrale temaer som evidensen gjengir som et svar på hva *PDM-2* tilbyr. Det er funnet at *PDM* tilbyr ny innsikt i diagnostiske dimensjoner, noe som flere påpeker som svært berikende for diagnostikken og behandlingsplanlegging. Særlig *PDM*'s M-akse trekkes frem som et nyttig supplement til allerede eksisterende nosologi. Andre påpeker at *PDM/PDC* tilbyr nye hypoteser og gir andre diagnostiske vurderinger og resultater ny mening. Validitet og reliabiliteten av *PDC* er et gjennomgangstema spesielt for de kvantitative funnene – Det er funnet god validitet og reliabilitet. Det betyr at *PDM* fungerer som et supplement til de mest kjente diagnosesystem, og at den i tillegg tilføyer noe nytt til diagnostikken.

Funnene i denne undersøkelsen er hovedsakelig oppløftende på vegne av *PDM*-systemets fremtid. Det finnes stort potensial for *PDM*, og hva den kan tilby. Mer forskning og erfaring trengs for å finne ut mer om manualens anbefalte kombinasjoner mellom *PDC*, intervju typer, intervjuguider, teoretiske tilnærminger, og mye mer.

# Innholdsfortegnelse

<i>Masteroppgave i Relasjonsbehandling</i> .....	2
<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>6</b>
1.1 Diagnose- og paradigmedebatt .....	6
1.2 Innledning: forskningsartikkel (review).....	8
1.3 Forkortelser .....	8
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>8</b>
2.1 Psykodynamisk teori .....	9
2.2Psykoanalytisk teori.....	10
2.2.1 Personlighetsorganisering/ karakterorganisering/ utviklingsnivå .....	11
2.2.2 Personlighetsforståelsen og utviklingen av den.....	12
<b>3.0 Diagnostiske metoder og tilnærminger (teori)</b> .....	<b>14</b>
3.1 Ulike vitenskapssyn.....	14
3.2 Naturvitenskapelig perspektiv.....	15
3.2.1 ICD- systemet .....	16
3.2.2 DSM-systemet.....	17
3.2.3 Naturvitenskapens posisjon i dag.....	17
3.3 Hermeneutisk perspektiv.....	18
3.3.1 Kritisk teori .....	19
3.3.2 Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) .....	19
3.3.3 PDM-2 som metode .....	20
3.3.4 OPD-2 .....	22
<b>4.0 Teoretisk oppsummering</b> .....	<b>23</b>
<b>5.0 Problemstilling</b> .....	<b>24</b>
<b>6.0 Metode – metodiske overveielser</b> .....	<b>24</b>
6.1 Forskningsdesign.....	25
6.1.1 The integrative literature review .....	26
6.2 Evidenshierarkiet.....	28
6.2.1 Eksperimentelle studier – Evidensnivå 1 og 2.....	30
6.2.2 Kvasi-eksperimentelle studier – Evidensnivå 3.....	30
6.2.3 Deskriptive, ikke-eksperimentelle studier – Evidensnivå 4.....	30
6.2.4 Studier med kvalitativ tilnærming – Evidensnivå 4.....	31
6.2.5 Case-studie / kasusstudie (kliniske eksempler) – Evidensnivå 5.....	31
6.2.6 Ekspertuttalelser – Evidensnivå 6.....	31
6.2.7 Reliabilitet.....	32
6.2.8 Validitet.....	33
7.0 Søk i databaser.....	33
7.1 Litteratursøk og søkeord .....	34
7.2 PRISMA-flow .....	36
<b>8.0 Analyse av data</b> .....	<b>37</b>
8.2 Ekskluderte artikler med begrunnelse .....	37
8.3 Analyse av utvalgte artikler .....	38
8.3.1 Oppsummering av kvalitative funn – Evidensnivå 4 og 5.....	38
8.3.2 Oppsummering av kvantitative funn – Evidensnivå 3.....	42
8.3.3 Ekspertkommentarer – Evidensnivå 6 .....	45

<i>9.0 Diskusjon av analysen</i> .....	47
<b>10 Resultater og presentasjon av review-metoden</b> .....	<b>48</b>
<b>11 Konklusjon</b> .....	<b>53</b>
<b>12 Litteraturliste</b> .....	<b>55</b>
<b>Vedlegg (1)</b> .....	<b>60</b>

## 1.0 Introduksjon

Temaet for undersøkelsen som skal gjøres er psykodynamisk diagnostikk. Etersom det for tiden debatteres rundt flere sider ved den norske psykiatriske praksis synes jeg det vil være interessant å se nærmere på den nye psykodynamiske diagnosemanualen *PDM-2 (2017)* som representerer en ny tilnærming til psykiatriske diagnoser.

### 1.1 Diagnose- og paradigmedebatt

Psykiatriske diagnoser og behandling har over lengre tid vært gjenstand for mye kritikk. Det stilles spørsmål til, og sås tvil om, hvor vidt den rådende biopsykososiale modellen er dekkende og god nok til å kunne tilby virksom behandling og hjelp til pasienter med psykiske problemer. På den ene siden kritiserer, personer som psykiater Trond F. Arre (2018) og psykologspesialist Birgit Valla (2017), den (bio-)medisinske modellen for å komme til kort. Førstnevnte mener at grunnlaget for dagens diagnostikk er særdeles mangelfullt, og at dagens medisinske forståelse har vært en viktig årsak til at stadig nye fenomener blir omtalt i psykiatriske termer. Han mener at psykiske plager og problemer må i stedet forstås innenfor en annen forståelsesmodell, og heller som naturlige reaksjoner av levd liv og livssituasjon. Valla (2017) støtter også opp om dette og proklamerer dessuten et skifte i måten vi tenker på. I boken hennes «Videre» (2014), tar hun for seg spørsmål om hvordan psykisk helsevern kan bli bedre, med stor vekt på brukermedvirkning og *feedback*-orientert praksis. Valla (2016) skrev også en kronikk i NRK Ytring med et budskap som lød «Legg vekk de psykiatriske diagnosene. Psykiatriske diagnoser er mer til skade enn gagn». Larsen & Arre (2017) skriver i sin artikkel at det er lite som tyder på at diagnostikken hjelper oss i å stille prognose og planlegge behandling. De konkluderer med at den kliniske nytten er mindre enn mange tror. Det mest lovende alternativet til tradisjonell diagnostikk er kanskje å definere psykiske problem uten å hevde at pasientene har dysfunksjon eller defekter.

Ettersom diagnoser er et grunnleggende prinsipp for psykiatrisk behandling har det også foregått en samtidig debatt om paradigmer. De uttrykkene som ofte brukes om hverandre oppklares nedenfor:

**Medisinsk modell** – Viser til en tradisjonell psykiatri med medisinsk (naturvitenskapelig) forståelse og forklaring på psykisk sykdom.

**Biomedisinsk modell** – Viser til det samme som i den medisinske modell. Begrepene brukes ofte om hverandre. Biomedisinsk anses å være det korrekte uttrykket.

**Biopsykososial modell** – Viser til den modell som råder i dag. Det hevdes at det tas hensyn til individuelle, biologiske (medisinske) og sosiale forhold i behandlingen av psykisk syke mennesker.

**Kontekstuell modell** – Viser til en annen grunnforståelse av psykopatologi. Det hevdes at psykisk sykdom ikke eksisterer, at man må se på psykopatologi som normale reaksjoner på kontekstuelle forhold. Det brukes problembeskrivelser i stedet for diagnoser.  
(Dahl, 2020)

På den andre siden av debatten står motsvarene til Arre, Larsen og Valla i kø.

I motsvarene påpekes det at Norge er med i *Verdens helseorganisasjon* (WHO) og lovmessig forpliktet til å bruke ICD-klassifikasjonen. Skal vi gå over til problembeskrivelser, må Norge enten melde seg ut av WHO eller be om dispensasjon fra ICD-10. Det sies også at diagnoser er kommet for å bli, og at problemer også må klassifiseres. Dessuten er alle individer forskjellige og likeså deres individuelle problembeskrivelser. Erfaringene fra ett individ er ikke overførbare til det neste. Generell kunnskap oppstår bare fra det pasienter har felles.  
(Dahl, 2020)

Dahl (2020) er også uenig i kritikken mot *ekspertisen* og fagkyndige som maktsyke. Han mener at pasienter har lovfestete rettigheter og klagemuligheter som ivaretar deres interesser. I tillegg mener han at pasienter som er i behov for bistand fra psykisk helsevern trenger hjelp fra ekspertise nettopp fordi de ikke har klart å løse sine problemer på egenhånd. Derfor er både ekspertrollen og helsetjenesten nødvendige.

Ut ifra min egen erfaring fra ungdomspsykiatrisk avdeling, ser jeg hvordan ICD-10 i stor grad påvirker hverdagen. Jeg finner det derfor interessant å se nærmere på hvilke reelle alternativer som i så tilfelle finnes. Jeg deler noen av de bekymringer om at psykologien tilsidesettes til fordel for den deskriptive psykiatrien med ICD som brukermanual. Mye av den miljøterapeutiske og individuellterapeutiske praksis og erfaring kan forklares ut ifra et psykodynamisk perspektiv, og jeg opplever denne teoretiske tilnærmingen som kanskje noe undervurdert i forhold til etablert tradisjonell praksis. ICD er i mine øyne et svært nyttig redskap med lang historie og god presisjon, men jeg tenker at det vil være uheldig om den får stå alene som eneste offisielle system gjennom hele det norske psykiske helsevern. Da er jeg redd for at man mister mange av de menneskelige nyansene man kan oppdage ved bruk av andre tilnærminger, og at det kan bli litt for tilfeldig hvilke tilnærminger som tas i bruk i de ulike avdelingene, både miljøterapeutisk og individualterapeutisk. I denne oppgaven skal jeg se nærmere på *Psychodynamic Diagnostic Manual*, og se om denne konkretiseringen av

psykodynamisk teori kan hjelpe oss med å tette gapet mellom den deskriptive (ICD) siden av psykiatrisk behandling og den nyanserte teoretiske siden.

## 1.2 Innledning: forskningsartikkel (review)

Nissen-Lie (2018) skriver i sin artikkel at det har lenge vært en oppfatning om at psykodynamisk terapi (PDT) mangler evidens. Nissen-Lie mener også at denne misoppfatningen har fått fotfeste hos helsemyndigheter, akademikere og legfolk. Noe som er uheldig i og med at PDT faktisk innfrir de strengeste krav til evidens. For at en behandling skal bli vurdert til å ha evidens, må den ha vist bedre effekt enn en placebobetingelse eller en ikke-evidensbasert, alternativ behandling, ofte såkalt *treatment as usual* (TAU), eller være ekvivalent med en allerede etablert evidensbasert terapiform.

Farmakologisk terapi, kognitiv-atferdsterapi (KAT), og psykodynamisk terapi er de hyppigst anvendte terapiformene for behandling av psykiske lidelser. Om psykodynamisk terapi er like effektivt som annen empirisk støttet behandling har lenge vært et spørsmål som ikke har blitt forsket på. For første gang, i 2017, har ekvivalensen av psykodynamisk terapi i forhold til andre etablerte behandlings virkning formelt blitt testet. (Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017)

Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk med krav om at funnene skulle være randomiserte kontrollerte undersøkelser (RCT) av manual-baserte psykodynamiske terapier hos voksne, som skulle sammenlignes med en allerede etablert og effektiv behandling. Resultatet ble 23 RCT-studier med 2751 pasienter, som oppfylte kravene til reliabilitet og validitet. Dette resulterte i at det kunne konstateres at psykodynamisk terapi er like effektivt som annen behandling. (Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017)

## 1.3 Forkortelser

Det brukes mange forkortelser i denne oppgaven, for å lette lesbarheten har jeg lagt ved et vedlegg med forkortelser. Se vedlegg 1.

## 2.0 Teori

Dette prosjektet vil måtte ta stilling til flere ulike teoretiske perspektiv og ulike vitenskapelige tilnærminger. Noen av de mest sentrale vitenskapelige holdninger og teorier som inngår i



temaet som omhandler *psykiatriske diagnoser*, skal jeg forsøke å gjøre rede for nedenfor. Først og fremst vil det være de overordnede teoretiske og vitenskapelige hovedlinjer som er viktige å få frem for å gi leseren en mest mulig ryddig innføring i denne oppgavens *rasjonale*. Debatt om diagnoser, paradigmer og modeller kan fort bli en kamp om å holde begrepene og tungen bent i munnen. Denne oppgaven tar sikte på å heller være oppklarende enn forvirrende i så måte, og jeg skal derfor forsøke å formidle innholdet enklest mulig.

## 2.1 Psykodynamisk teori

Psykodynamisk teori, er en samlebetegnelse for teorier som deler noen eller flere av de psykodynamiske grunnprinsipper. Begrepet «psykodynamisk» understreker det aktive samspillet mellom individet og det fysiske og psykologiske miljøet. Psykodynamisk psykoterapi gjør forholdet mellom -individet og miljøet til hovedsak i behandlingsprosessen. Den psykodynamiske forståelsen omfatter derfor både kunnskap om personlig sårbarhet og beskyttende faktorer. Psykodynamisk psykoterapi fokuserer på evnen til å regulere følelser, forstå sårbare relasjonelle erfaringer og å gi innsikt i utfordrende relasjonelle mønstre. (Helsedirektoratet, 2020)

Malt & Rzadkowska (2021) skriver at psykodynamisk psykoterapi er den delen av klinisk psykologisk og psykiatrisk forståelse og behandling som bygger på psykoanalysen slik den er utviklet av Freud og hans etterfølgere. Den psykodynamiske grunnforståelsen bygger på tre grunnprinsipper: 1. *Psykisk determinisme*, det vil si at både psykiatriske symptomer, hendelser, feilreaksjoner og drømmer alltid betyr noe, uansett hvor bagatellmessige de kan virke. Assosiasjonskjeder er nøkkelen til å forstå hvordan psykisk innhold er knyttet sammen. 2. *Det dynamisk ubevisste*. Ubevisst, fortrent psykisk materiale påvirker i stor grad hvordan en person tenker, føler og handler i nåtid. 3. *Reaktivering av tidligere konflikter*. Psykologisk vekst og utvikling skjer i faser, for eksempel Freuds psykoseksuelle utvikling gjennom oral og anal via fallisk til genital fase.

American Psychological Association (2021) definerer den psykodynamiske tilnærmingen som en psykologisk og psykiatrisk tilnærming som ser på menneskelig atferd fra et standpunkt om ubevisste motiver som former personligheten, påvirker holdninger, og skaper emosjonelle forstyrrelser.

## 2.2 Psykoanalytisk teori

*Psykoanalytisk* og *psykodynamisk* er begreper som ofte brukes om en annen. På mange måter er det også det samme. Begrepet «*psykoanalytisk*» er kanskje et ord som slekter mer på Freuds opprinnelige psykoanalyse. Psykoanalytisk teori settes gjerne derfor ofte mer i kontekst av, og danner et bilde av, en setting hvor pasienten analyseres og tolkes av terapeuten. McWilliams (2018) skriver at realiteten i dag er at det psykoanalytiske faget er mye mer enn de gamle fordommer folk har om begrepet. Faget har hundre år med utvikling og gjennomgått en rekke store kliniske paradigmer: driftsteori, egopsykologi, objektrelasjonsteorien, selvpsykologien og nyere vektlegging av relasjonens rolle. I dag står den psykoanalytiske teori som et sterkt og reelt alternativ til annen psykiatrisk nosologi.

Norsk Psykoanalytisk Forening (2021) skriver på sine sider at psykoanalyse er både en teori om menneskets følelse- og tankeliv, en behandlingsmetode og en forskningsmetode. En av psykoanalysens viktigste antagelser er at vi mennesker i stor grad influeres av psykiske prosesser som vi ikke er bevisste, men som er ubevisste. Det kan være spor og minner fra tidligere relasjonelle opplevelser, fantasier og forestillinger eller indre konflikter og måter vi har lært å beskytte oss mot smerte og frykt på. I den psykoanalytiske behandlingen legges det til rette for å kunne nærme seg og forstå mer av hvordan disse prosessene virker inn i livet vårt. Faget har hatt en stadig utvikling som har fortsatt etter Freuds død, og i dag har vi mange ulike teorier og avgreninger som lever side om side. Men selv om de ulike retningene innen psykoanalytisk teori vektlegger ulike sider og tilnærminger noe forskjellig, har de som oftest fortsatt noen grunnleggende elementer til felles; relasjonenes betydning for mennesket, den særlige betydningen av de tidlige barndomsrelasjoner, tilstedeværelsen av ubevisste psykiske prosesser, at menneskets følelser, ønsker og tanker ofte er motsetnings- og konfliktfylte, at vi beskytter oss mot smerte og angst på måter som ofte er ubevisste for oss. Og at ubevisste relasjonsmønstre, fantasier og konflikter vil melde seg i den analytiske relasjonen – det psykoanalysen kaller overføring.

I følge McWilliams (2018) er den psykoanalytiske litteraturen full av begrepsmessige og filosofiske problemer. Hennes anliggende ved å være forkjemper for den psykoanalytiske teori er ikke å «ha rett» men heller å vise hvordan psykoanalytisk teori kan hjelpe terapeuter å forstå psykologien til det mennesket de skal hjelpe. Videre kan man si at ved å ha en psykoanalytisk grunnlagsforståelse i bunn har man mulighet til å bedre forstå og hjelpe

pasienter på tvers av ulike teknikker og tilnærminger. Den individuelle personlighetsforståelse vil kunne hjelpe terapeuter å planlegge og tilrettelegge behandling på en bedre måte.


### 2.2.1 Personlighetsorganisering/ karakterorganisering/ utviklingsnivå

Personlighet kan forstås som en måte å tenke på om de vedvarende trekkene hos et individ som vi tenker på som hans eller hennes *vesen* eller væremåte. En annen viktig del av denne tankegangen, fra et psykoanalytisk/psykodynamisk standpunkt, er betraktningen av et individs modenhet som er vevd inn i en persons karakter. Man sier da noe om hvilket utviklingsnivå en person er organisert på. Noen omtaler dette som modell for nivå av *mental funksjon*, andre kaller det for *personlighetsorganisering* eller *utviklingsnivå*. (McWilliams, 2018, ss. 66-68)

McWilliams (2018) skriver at en individuell personlighet kan fortolkes eksplisitt eller implisitt som organisert ved et bestemt utviklingsnivå og strukturert rundt individets karakteristiske forsvar. Historisk har psykoanalytikere betraktet psykisk funksjon som noe som løper langs et kontinuum, fra mer forstyrret til sunnere. Den sunne enden av kontinuumet kalles gjerne for nevrotisk, og så verre til borderline, videre til dårligst fungerende – psykotisk nivå.

Fig. 1.0, Basert på McWilliams (2018, s. 93-123) beretninger om ulike utviklingsnivåer.

## ANGST



Nevrotisk nivå	Modent forsvar. Problemer ofte egofremmed. Stabile relasjoner, sosialt fungerende. Kan skille mellom nærhet og avstand i relasjoner. Grunnleggende tillit. Betydelig autonomi. Høy resiliens. (Ødipal)
Borderline nivå	Uklare linjer mellom nærhet og avstand. Urealistisk virkelighetsoppfatning. Forhøyet angstnivå. Ustabile relasjoner, fra symbiose til fiendtlig innstilling. Frykt for både å bli oppslukt, og å bli forlatt. Forvirring.(sep.-individuasjon) (Anal)
Psykotisk nivå	Desorganisert. Frykt for tilintetgjørelse, overveldet av angst. Høyt angstnivå. Regresjon. Tap av kontroll. Klarer ikke å skille virkelighet fra fantasi. Paranoide forestillinger.(symbiotisk) (Oral)

Denne måten å tenke om mental funksjon på gir oss noen gode terapeutiske implikasjoner for å bedre tilpasse terapien etter pasientens mulighet for å nyttiggjøre seg av den. Mer realistiske forventninger til mennesker med forskjellige grader av utvikling av personlighetsorganisering, vil beskytte pasienten mot motløshet og terapeuten mot utbrenthet. (McWilliams, 2018, s. 93)

### 2.2.2 Personlighetsforståelsen og utviklingen av den

En vanlig måte å prate helhetlig eller oppsamlende om de ovenfor nevnte elementer på, er å prate om *personlighet* (Implisitt totaliteten av en person). Klassisk psykoanalytisk teori har hatt to forskjellige tilnærminger til personlighet, som begge stammer fra en tidlig modell for individuell utvikling. I tiden for Freuds opprinnelige driftsteori ble det gjort forsøk på å forstå personlighet på grunnlag av fiksering (modningsmessige faser). I senere tid, med utviklingen

av egopsykologien, ble personlighet oppfattet som et uttrykk for bestemte typer forsvarsmekanismer (unnvikelse av angst). Den andre måten å forstå personlighet på er ikke i konflikt med den første men tilbyr et sett med ideer og metaforer for å forstå hva personlighetstypene betyr, som tilførte driftsteorien bestemte antakelser om hvordan alle mennesker utvikler karakteristiske adaptive og defensive mønstre. (McWilliams, 2018, s. 42)

Freuds klassiske driftsteori var en biologisk utledet modell som la vekt på instinktive prosessers setrale betydning og at mennesker utvikler seg i en bestemt og ordnet rekkefølge. Gjennom barnets fokusering på ulike kroppslige fenomener i en psykoseksuell fase (orale, anale, falliske og genitale.), ville disse være drivende for utvikling. Ble barnet for mye eller for lite tilfredsstilt i en av disse fasene ville man betegne det som en *fiksering*. Kort fortalt skal man altså kunne spore en persons psykiske utfordringer tilbake til den aktuelle fasen hvor han eller hun ikke ble møtt på det man trengte i den fasen. Personlighet ble betraktet som et uttrykk for de langsiktige effektene av en slik fiksering. (McWilliams, 2018, s. 44)

Fra det utgangspunktet, fra driftsteori, og frem til i dag har det utviklet seg et mangfold teorier av stor betydning og påvirkning. Den psykoanalytiske fagdisiplin har gjennomgått en rekke store kliniske paradigmer: driftsteori, egopsykologi, objektrelasjonsteorien, selvpsykologi og nyere vektlegging av relasjonens rolle. Alle med sine implikasjoner for konseptualiseringen av karakter (personlighet). (McWilliams, 2018)

Psykoanalytisk diagnostikk handler mye om å trekke paralleller fra forståelsen om mental funksjon/personlighetsorganisering til omtalelsen om ulike *personlighetstyper*. Dette med et ønske om å bedre forstå pasienten, samt å bedre kunne tilpasse og planlegge behandling ut i fra «hvor pasienten er». Ikke bare ut i fra «hva man har», men også ut ifra «hvem man er».

Personlighetstypen sier noe om hvor den er organisert, og omvendt (se pkt. 2.2.2).

McWilliams (2018) viser hvordan hun vurderer pasienters personlighetstype: 1) drift, affekt og temperament. 2) adaptive og defensive egofunksjoner. 3) tidlige relasjonsmønstre som bidrar til utviklingen av personligheten, blir internalisert og gjentas i senere relasjoner. 4) slevets erfaringer, inkludert bevisste og ubevisste måter å betrakte seg selv på, sammen med måtene de prøver å oppnå selvfølelse på. 5) overførings- og motoverføringsresultater av indre representasjoner av selvet og av andre, og interaksjonsmønstre mellom selvet og andre. 6) implikasjoner for behandling. 7) vurderinger for differensialdiagnostikk.

På den måten vil man sitte igjen med en psykoanalytisk diagnose: en personlighetstype organisert på et utviklingsnivå, med de tilhørende individuelle forskjellene og utfordringene pasienten måtte ha.

### 3.0 Diagnostiske metoder og tilnæringer (teori)

Før vi ser nærmere på de ulike diagnoseverktøyene bør vi først si noe om de ulike måtene å tilnærme seg kunnskap på. Når vi snakker om å diagnostisere, snakker vi egentlig om vitenskapssyn og kunnskapstilnæringer. Noen av de mest sentrale temaer som omtales i debatten om og rundt psykisk helse/uhelse, er de ulike måter å tilnærme seg et problem på og å definere årsaken til det.

#### 3.1 Ulike vitenskapssyn

Dalland (2012) beskriver hvordan det stadig dukker opp avisoverskrifter som forteller om nye behandlinger for bestemte sykdommer. Bak slike opplysninger ligger det som regel en lang *erfaring*. Når et behandlingsopplegg er basert på erfaring, betyr det at erfaringen har sitt grunnlag i forskning. Dette innebærer at det er samlet inn data på en måte som er anerkjent for fagområdet, med en felles forståelse for prosessen og en metodisk beskrivelse. Slik kan andre fagfeller følge prosessen skritt for skritt og forstå hva som har foregått. Det må også være mulig å gjenta prosessen, for så å teste den. I naturvitenskapen er dette et av de viktigste kriterier på god forskning.

Det har de siste år skjedd en vitenskapeliggjøring av det som helse- og sosialfagene tidligere anså som praktiske fag. Når helse- og sosialfagene vitenskapeliggjøres, er det viktig at det skjer på egne og ikke andre fags premisser. Det er ikke tilstrekkelig at vitenskapens oppgave er å bidra til å skape god praksis. Målene om å skape god praksis og avklare hva som er god praksis sier ikke noe om *hvordan* dette gjøres. Det er her valget av metode kommer inn. Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, er med i arsenalet av metoder. Metoden forteller oss først og fremst noe om hvordan vi kan gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. (Dalland, 2012, ss. 48-50)

Forenklet kan vi si at det i hovedsak er to kunnskapstradisjoner eller vitenskapssyn. Det ene synet har sitt opphav i naturvitenskapens tradisjon med studier av den fysiske naturen, mens det andre har sitt opphav i humanvitenskapene med studiet av mennesket og menneskeskapte fenomener. Disse retningene blir gjerne kalt for *positivisme* og *hermeneutikk*. (Dalland, 2014, s. 51)

### 3.2 Naturvitenskapelig perspektiv

I et naturvitenskapelig perspektiv er det den fysiske kroppen og de syke tilstandene i kroppen som er gjenstand for oppmerksomhet. I et slikt perspektiv er mennesket først og fremst studert som en fysisk «maskin» og legens mål er å lokalisere og reparere diverse defekter i «maskinen». I dette perspektivet leter man etter sammenhengen mellom årsak og virkning. Da er det ikke et spørsmål om *hvorfor* noe skjer, men *hvordan* det skjer. I dette perspektivet fremstår omverden som betydningsløs, En stein som faller, faller ikke fordi den ønsker det, den faller fordi den bare gjør det, fordi naturen *er* sån. Den naturvitenskapelige tradisjon har altså sitt opphav i studien av den fysiske naturen. (Dalland, 2014, s.51)

Det positivistiske synet er forankret i en naturvitenskapelig tradisjon. I følge positivismen har vi to kilder til kunnskap: 1) Det vi kan observere. 2) Det vi kan regne ut med våre logiske sanser. I sitt syn på krav til metode, er positivistene opptatt av disse hovedtrekkene:

- Tiltro til vitenskapelig rasjonalitet (fornuft).
- Kunnskapen skal kunne prøves empirisk, vurderinger og bedømmelser erstattes av målinger.
- At metodene skal gi troverdig kunnskap, som betyr at de skal følge anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav. Det stilles altså krav til validitet og reliabilitet. *Validitet* står for relevans og gyldighet, og *reliabilitet* for pålitelighet (at målinger må være korrekte med eventuelle feilmarginer).
- Forklaringer skal kunne angis i termer av *årsak-virkning*, og kunnskapen skal uttrykkes i lovmessigheter.
- Forskeren skal være *objektiv*, som betyr at forskeren ikke skal la seg påvirke av ikke-vitenskapelige faktorer. (Dalland, 2012, ss. 51-52)

### 3.2.1 ICD- systemet

ICD-systemet har opphav i en lang tradisjon av naturvitenskapelig tilnærming. Tegn og symptomer skulle måles og telles systematisk på en objektiv måte. Dette var, og fortsatt er, den anerkjente metodiske tilnærmingen når man skal finne nye behandlingsmetoder.

ICD-systemene bygger på en lang rekke videreførte *erfaringer* som går over flere hundre år kan spores helt tilbake til François Bossier de Lacroix (1706-1777), bedre kjent som Sauvages. Han tilskrives æren for å gjøre det første forsøket på å klassifisere sykdommer på en systematisk måte. Den mest utbredte og brukte klassifikasjonen av sykdommer derimot, kom på tidlig 1800-tallet, og var en som ble laget av William Cullen (1710-1790), of Edinburgh. Den ble publisert i 1785 og het *Synopsis nosologiae methodicae*. (WHO, 2021, s. 1)

William Farr (1807-1883) var den første som laget en statistisk, internasjonal uniform og brukbar klassifikasjon av sykdommer. Han fant at klassifikasjonen til Cullen, som var bredt anvendt på den tiden, var kraftig utdatert og sårt trengte en revidering, slik at den kunne anvendes i samsvar med datidens medisinske vitenskapelige fremskritt. Dette dannet grunnlaget for *International List of Causes of Death*, Med tiden ble det gjort stadige statistiske fremskritt, nye komitéer og kongresser, med nye revisjoner, nye land og nye navn. Men alle med utgangspunkt i de samme prinsipper først dannet av Farr. (WHO, 2021, s. 2)

Etter andre verdenskrig ble WHO ble utvalgt til å få ansvaret for utarbeidelse av den sjette revisjonen av ICD (6th) i 1946. Dette blir starten på et bredt internasjonalt samarbeid og innhenting av data fra medlemsland ved bruk av *International Statistical Classification*. Det innføres for første gang en egen seksjon for mentale forstyrrelser. (WHO, 2021, s. 7)

Historisk sett er altså ICD-10 et resultat av lange tradisjoner med innhenting av data og statistikk. I tillegg er det også en del av arbeidet å gjøre stadige revisjoner etter hvert som tiden går og ny kunnskap kommer frem. WHO har egne organer som er satt til å gjøre nettopp dette, revidere og innhente opplysninger fra rundt om i hele verden. The Revision Steering Group (RSG), er ansvarlige for å følge opp og styre undergrupper som igjen skal styre sine tema-baserte undergrupper. *Topical Advisory Group: Mental Health* (TAG), er en av de undergruppene. Alle TAG består av medlemmer som er ansvarlige for arbeidet som hver deres arbeidsgrupper gjør (Workgroups). Disse arbeidsgruppene har en nøkkelfunksjon i



arbeidet med revideringen. For eksempel er TAG Mental Health, ansvarlige for hele kapittel 5 i ICD-10 som omhandler psykisk helse. Ettersom det skal gjøres systematiske reviews (sammenfatninger av forskning) for hver seksjon i kapittel 5, kan dette arbeidsomfanget generere 5-10 arbeidsgrupper for hver seksjon. Denne nøkkelfunksjonen, av sammenfatning av ny forskning, er det som driver revisjonen fremover, og som gjør at vi snart har en ny utgave av ICD utgave i Norge. (WHO, 2021, ss. 11-14)

### 3.2.2 DSM-systemet

DSM står for *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Samtidig som WHO kom ut med ICD-6 i etterkrigstiden, hvor man for første gang inkluderte mentale lidelser, publiserte APA (American psychiatric association) sin egen versjon som ble publisert i 1952. I samarbeid med WHO, har også DSM utviklet og fornyet seg opp gjennom årene, og i 2013 ble DSM-5 publisert. (American Psychiatric Association, 2021)

DSM-5 er et produkt av mer enn 10 års arbeid av internasjonale eksperter av alle mulige aspekter av mental helse. Arbeidet deres har resultert i et autorativt volum som definerer og klassifiserer mentale lidelser som gjør at man forbedrer diagnoser, behandling og forskning. Den brukes av klinikere og forskere til å diagnostisere og klassifisere mentale lidelser, kriteriene er presise og eksplisitte, tiltenkt å fasilitere en objektiv vurdering av symptomer og presentasjoner i flere kliniske settinger – Innlagte pasienter, polikliniske pasienter, privat praksis, sykehus og førstelinjetjeneste. DSM-5 består av tre hovedkomponenter: den diagnostiske klassifikasjon, de diagnostiske kriterier, og den deskriptive tekst. (American Psychiatric Association, 2021)

De to internasjonale klassifiseringssystemene ICD-10 og DSM-5 er nokså like på mange områder, ikke minst med tanke på hvordan de har blitt til og tilnærmingen til mentale lidelser. Den vitenskapelige tilnærmingen til mentale lidelser, er det som gjør de to systemene så like, og som gjør at jeg i denne oppgaven vil omtale dem som omtrent det samme.

### 3.2.3 Naturvitenskapens posisjon i dag

Naturvitenskapens posisjon i Norge, og verden for øvrig, er fortsatt sterk. Den har hatt stor suksess med å frembringe ny og bedre kunnskap om fysiske sykdommer og behandlinger. Dens objektive og møysommelige metodiske tilnærming har vist seg å være til å stole på, og

har bygget stein på stein i vår søken etter stadig mer presis og korrekt viten om diverse spørsmål. Den naturvitenskapelige posisjon innen psykiatrisk behandling står fortsatt stødig den dag i dag, til tross for en noe brokete fortid:

Etter hvert som konseptet om psykiske lidelser vokste frem, ble det naturlig og logisk å tenke at også disse utfordringene kunne behandles på et sykehus og hadde sitt opphav i biologi. Fra slutten av 1800-tallet vokste det fram en sterkere overbevisning om at psykiske lidelser hadde biologiske årsaker. Med et biologisk verdensbilde ble de «terapeutiske hovedangrep» først rettet mot kroppens ytre, deretter mot kroppens indre og til slutt direkte mot hjernen. I første halvdel av 1900-tallet var psykiatrien drevet av en stor medisinsk ambisjon som i praksis påførte mange pasienter skader og i en del tilfeller tok liv. Psykiaterne søkte prestisje i det medisinske fellesskapet ved å gjøre psykiatrien til et naturvitenskapelig fag med sine egne terapier. Men selv om terapiene i liten grad innfridde psykiaternes terapeutiske forventninger, bidro de til større ro på avdelingene. Da var mye oppnådd, mente mange psykiatere. (Haave, 2020)

Det var på den tiden dannet mentalsykehus, organisert etter sykehusmodellen, styrt av leger og sykepleiere. I dag har vi et bredt utvalg av yrkesgrupper som arbeider i psykisk helsevern, men sykehusmodellen er fortsatt den samme, og noen vil hevde at sykehushierarkiet består i beste velgående i tråd med de gamle tradisjoner. Men hva om psykisk sykdom ikke er det samme som fysisk sykdom, og hva om psykisk sykdom ikke er så naturvitenskapelig forklart som man tror? Hva om det er mer psykologisk forklart? Betyr det da at vi har hatt mangfoldige tiår med et styrt regime av malplasserte naturvitenskapelige psykiatere?

### 3.3 Hermeneutisk perspektiv

Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. En hermeneutisk tilnærming til sannhet, er at det egentlig ikke finnes en sannhet. Det finnes bare ulike fenomener som kan tolkes på flere nivåer, og at dette må ses i lys av den sammenhengen det vi studerer den i. Vi forstår delene i lys av helheten. Hermeneutikken representerer en viktig inspirasjonskilde for samfunnsvitenskapelige tilnærminger hvor fortolkning har en sentral plass (Thagaard, 2013, s. 41). Denne tankegangen har også store likhetstrekk med den psykodynamiske tilnærmingen i sin søken etter å forstå mennesker på et dypere nivå.

Hermeneutikken foreskriver ikke en bestemt fremgangsmåte eller forskningspraksis som gir retningslinjer for fortolkninger, som de empiribaserte tilnærmingene gjør. De handlinger som studeres gis en spesiell mening, og kan forstås som tegn som gir kunnskap om en underliggende struktur. Det beskrives også hvordan en hermeneutisk tilnærming gir grunnlag for tolkninger på flere plan. En fortolkning av første grad innebærer at forskeren fortolker hva som hender, i kraft av at han selv deltar. Annengrads fortolkning representerer forskerens tolkninger av en virkelighet som allerede er tolket av deltakerne. Tolkningene bygger på deltakernes egen forforståelse, men går videre ved å trekke inn et nivå som gjenspeiler forskerens teoretiseringer. Tredje grad av fortolkning er knyttet til forskerens tolkning av handlinger ut fra teorier som fremhever handlingens skjulte eller underliggende betydning. Noe vi kan finne igjen i Freuds beskrivelser av det underbevisste og dens betydning for handlingene våre. Tredjegrads fortolkning søker etter å avdekke «egentlige» eller underliggende betydning. (Thagaard, 2013, s. 41-43)

### 3.3.1 Kritisk teori

Kritisk teori, og kalt for trippel hermeneutikk, legger vekt på ideologiavsløring og et standpunkt til samfunnets etablerte strukturer. Forskning basert på kritisk teori har blant annet bidratt til å avsløre rådende maktforhold i samfunnet. Oppmerksomheten rettes mot de prosesser som bidrar til at bestemte interesser fremmes på bekostning av andre. Denne tilnærmingen innebærer et kritisk standpunkt til de etablerte institusjoner og interesser i samfunnet (Thagaard, 2013, s. 43). Denne undersøkelsens utgangspunkt og agenda som antydnet i innledningen viser klare likhetstrekk med dette standpunktet. Forskningsspørsmålet og undersøkelsens intensjon kan ses på som et ønske om å fremdrive et kritisk teoretisk standpunkt.

### 3.3.2 Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)

Første utgave av PDM (2006) ble publisert i en tid hvor den amerikanske psykiatriske nosologien gjennomgikk kritiske forandringer. Det startet med publiseringen tredje utgave av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), i 1980. Med denne ble det også tatt et bevisst valg om å bevege seg bort fra den psykoanalytisk influerte DSM-II til en mer deskriptiv og «neo-kraepelinian» symptomfokuset tilnærming i DSM-III. De senere utgaver har inkludert et stadig større antall psykiske lidelser (*disorders*) hvor man setter

kriterier for diskrete psykiske lidelser ved å identifisere tilstede-versus-fravær av symptomer. Samtidig vokste det frem en økende kritikk av diagnosesystemene og klinikere begynte å sette spørsmål til om det i det hele tatt trengs diagnoser. Dessuten begynte flere å sette kvalitativ metodikk til fordel over kvantitativ forskning. Dermed vokste det også frem en oppfatning om at psykoanalytikere, som gruppe, så ned på både diagnoser og systematisk forskning. Dette har fått mange til å tilsidesette psykoanalytiske teorier og teknikker på bakgrunn av en misoppfatning av at det mangler empirisk evidens. Et av målene med førsteutgaven av PDM var å sette fokus på hvor mye nøysom forskning som faktisk støtter opp de psykoanalytiske konsepter og tilnærminger. (Lingiardi & McWilliams, 2017, s. 2)

Lingiardi & McWilliams (2017) mener at PDM-2 gir et sårt trengt perspektiv på symptom mønstre skildret i eksisterende taksonomier, som gir klinikere muligheten til å kategorisere personlighetsmønstre, relaterte sosiale og emosjonelle kapasiteter, unike mentale profiler, og personlig opplevelse av symptomer. Ved å fokusere på den totale rekkevidden av mental fungering, prøver PDM-2 å være en «taksonomi av folket» i stedet for en «taksonomi av lidelser», som understreker viktigheten av å vurdere *hvem man er* fremfor *hva man har*.

McWilliams (2018) skriver at siden den psykoanalytiske forståelsesmodell som gjennomsyret DSM-II ble fjernet, har nedtoningen av pasienters subjektive opplevelse av symptomer ført til en flat versjon av psykisk lidelse. Psykisk lidelse har blitt løsrevet fra den subjektive fenomenologien, som representerer kliniske fenomener omtrent like godt som en beskrivelse av en musikkkomposisjons tone-art, tempo og lengde. Kritikken gjelder særlig den delen av DSM som gjelder personlighetsforstyrrelser, men også behandlingen av erfaringer som angst og depresjon, der diagnostiseringskriteriene er fokusert på ytre observerbare fenomener. For eksempel observerbare tegn og symptomer som hjertebank eller endringer i spise- og søvnmønstre. McWilliams skriver også at disse observasjonene ofte går på bekostning av hvorvidt angsten dreier seg om separasjon eller tilintetgjørelse, eller om depresjonen er anaklitisk eller introjektiv. Aspekter som hun mener er avgjørende for klinisk forståelse og hjelp.

### 3.3.3 PDM-2 som metode

PDM-2 fremstår en systematisering av de beste evidensbaserte metoder innen psykodynamisk diagnostikk, samtidig som den har referanser til ICD-10 og DSM-V slik at man skal kunne se noen av de samme symptom mønstre i PDM-2 og i ICD-10/DSM-V. Dette er ikke en manual

som forneker kvantitativ forskning eller empiriske studier, men som forsøker å lage en forbindelse mellom de to motpoler.

I en bokanmeldelse for *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2* beskrives dette slik:

*"The book is a major and fruitful effort to bridge the gap between descriptive clarity and precision on the one hand and clinical psychodynamic sophistication and individualized differentiation on the other. ...»*

*(Gündel, 2009)*

Psykisk helsepersonell jobber daglig med pasienters individuelle subjektivitet, og trenger en mer utfyllende beskrivelse av pasientenes indre liv for å kunne forstå deres spesifikke opplevelse. PDM-2 har seksjoner som refererer til kategorier av psykopatologi som er brukt i eksisterende taksonomier. Men ulikt fra DSM og ICD systemene, er PDM-2 et system som belyser pasienters *indre opplevelse* av disse tilstandene. Manualen forsøker å fange hele det menneskelige vesen og dets kompleksitet gjennom å kombinere presisjonen til dimensjonale system med enkelheten av de kategoriske anvendelsene (ICD). Den anvender en multidimensjonal tilnærming for å beskrive det intrikate med pasienters generelle fungering og måter å engasjere seg i den terapeutiske prosess. Den multidimensjonale tilnærmingen består av tre hovedakser:

- *Personality syndromes – P Axis* (Inkluderer personlighetsorganisering og personlighetstyper)
  - *Profile og Mental Functioning – M Axis* (Kapasiteter av den totale mentale funksjon, viser til mer detaljerte kapasiteter som for eksempel; regulering, selvfølelse, emosjoner, mestringsstrategier, forsvarsmekanismer, mentalisering)
  - *Symptom Patterns: The subjective Experience – S Axis* (Pasientens egen opplevelse av vanskene, inkludert deres opplevelse av klinikerne – Overføring/motoverføring)
- (Lingiardi & McWilliams, 2017, s. 6)

PDM-2 er også satt opp i et livsløpsperspektiv med *barn, ungdom, voksne og eldre*. Slik er hver seksjon av PDM-2 systematisert med alderstilpasset evidens. I tillegg inneholder den kliniske eksempler og *The psychodiagnostic chart (PDC-2)*. Fra førsteutgaven av PDM, i

2006, har PDM-2 fått tilført enda mer systematisk og empirisk forskning. (Lingiardi & McWilliams, 2017, s. 8)

### 3.3.3.1 PDC-2

I 2011 ble det bestemt at PDM trengte et enkelt og brukervennlig verktøy som skulle hjelpe klinikerer gjennom alle seksjoner av PDM taksonomien. Verktøyet skulle: 1) veiledende gjennom PDM taksonomien, 2) være idiografisk (person-situasjon betinget), fleksibel og brukbar for alle klinikere uavhengig av teoretisk orientering, 3) integrere PDM med symptomklassifikasjonene i DSM og ICD. PDC-2 er en oppdatert versjon i samsvar med PDM-2. (Gordon & Bornstein, 2021)

Målet med PDC-2 er å tilby en person-basert nosologi som kan bli brukt til undervisning av PDM-2, behandlingsformuleringer, fremskrittreporter, og utfallsvurderinger, så vel som for empirisk forskning på personlighet, psykopatologi, og behandling. Deres overordnede mål er å gjøre psykodiagnostiske formuleringer mer tilgjengelige og nyttige for klinikere ved å kombinere det symptomfokuserede ICD (og DSM) med den fulle rekkevidde og dybde av menneskelig funksjon som omtales i PDM. (Gordon & Bornstein, 2021)

Den ovenfor presenterte fremstillingen av mental funksjon (se pt. 2.2.1), er et av grunnelementene i PDM og PDC. Det er ut ifra denne forståelsen PDM forankrer store deler av sin systematiske tilnærming og konkretisering av psykodynamisk teori. Personlig synes jeg at de i stor grad har lyktes med å gjøre manualen enkel og brukervennlig, noe som også andre har gjort forsøk på å gjøre tidligere.

### 3.3.4 OPD-2

OPD-2 står for *Operationalized Psychodynamic Diagnosis*. Det er andre utgaven av en manual for diagnostikk og behandlingsplanlegging som kom ut i 2008. Også denne manualen er et forsøk på å tette gapet mellom den deskriptive psykiatrien den ene siden og den kliniske sofistikasjonen på den andre. De skriver i innledningen til OPD2 at for å anvende manualen suksessfullt må man ha minst 60 timers trening over tre seminarer til forskjellige tider. (OPD Task Force. (Red), 2008)

OPD-2 fikk flere gode kritikker som vist ovenfor (pt. 3.3.3), men har av en eller annen grunn ikke fått samme medfart og innpass som PDM-2. Det kan, etter min mening, ha noe med at den er for komplisert og lite brukervennlig sett med andre øyne enn de som har inngående kunnskap om psykodynamisk teori og behandling. Det er også mitt inntrykk når jeg sitter med denne manualen, at jeg nok kunne ha hatt brukt for en lengre innføring i hvordan denne skal brukes, noe de selv skriver er nødvendig. Dermed mister manualen den nødvendige brukervennligheten som må til for at den vil tas i bruk av andre enn de som allerede kan faget inngående.

## 4.0 Teoretisk oppsummering

De to ovenfor nevnte vitenskapelige tilnærmingene både sameksisterer og konkurrerer med hverandre. På mange måter kan man også si at de kan utfylle hverandre, men man har altså ikke nødvendigvis lykkes i å forene dem. Mellom fagmiljøene blir man ofte forkjemper for den ene eller andre tilnærmingen. Enten det er maktforhold på arbeidsplassen eller enkelt individers kamp om anerkjennelse, så vil det nok alltid være ulike syn på hvilken vitenskapelig tilnærming som er viktigst.

På den annen side, gis det beskrivelser på hvordan utgangspunktene blir stadig mer likeverdige og hvordan det blir mindre polariserende debatter. I den kliniske hverdagen kan man legge merke til hvordan ICD/DSM kommer til kort om man skal tilpasse og planlegge behandling, uten å ta relevante subjektive faktorer med i betraktning. Like så kan man tenke seg til hvordan psykologisk teori ville ha blitt for utsvevende/omfattende uten den effektive og kategoriske tilnærmingen diagnosesystemene tilbyr. Diagnosesystemene tilbyr også effektiv kategorisering og behandlingsforslag, som de fleste sykehus bygget opp rundt og er avhengige av, også med tanke på blant annet kostnader m.m. Hadde man klart å forene de to tilnærmingene hadde man kanskje lykkes bedre med å behandle psykiske lidelser med en mer helhetlig og human nosologi.

Hvordan operasjonalisere psykologisk teori? Hvordan sofistikere og nyansere ICD-10/DSM-5? Svaret kan kanskje hjelpe oss med å tette gapet mellom den nyanserte og subjektive teoretiske tilnærming på den ene siden, og den deskriptive klarhet og presisjon på den andre?

## 5.0 Problemstilling

Problemstillingen er det som vil drive denne oppgavens formål og metode.

### «Hva kan PDM-systemet tilby, og hvordan?»

For å finne svaret på dette må man også stille flere andre spørsmål. Det første spørsmålet er kanskje om PDM-systemet i det hele tatt tilføyer noe til nåværende nosologi – som i så tilfelle vil være det første premisset for å spørre om hvordan den tilføyer noe nytt. Første spørsmål, finner man nok best svar på ved kvantifiserte funn i form av spørreundersøkelser. Andre spørsmål om *hvordan* PDM-systemet tilføyer noe nytt – kan man nok finne bedre svar på i kvalitative funn. Vi har dermed behov for å integrere både kvalitativ og kvantitativ forskning når man søker svar på oppgavens problemstilling.

I en bred og åpen tilnærming som denne oppgavens problemstilling krever, søker man også svar på flere andre spørsmål.

Underspørsmål:

- *How is it bridging the gap?* (“Gapet” som beskrevet tidligere i oppgaven)
- Hvordan fungerer PDM-systemet som supplement til de tradisjonelle diagnosesystemene?
- Hvilke erfaringer er gjort av behandlere med bruk av PDM anvendt i klinisk praksis?
- Hvilke diagnosegrupper, aldersgrupper og hvilken problematikk har den blitt anvendt for?
- Hvilke erfaringer er gjort med bruk av PDC?

## 6.0 Metode – metodiske overveielser

I følge Jacobsen (2010) er metodologi et fag der diskusjonen har gått høyt om hva som er den «riktige» eller «beste» måten å undersøke sosiale fenomener på. Det er to fronter i denne debatten som har vært tett knyttet til hvert sitt vitenskapsteoretiske syn. Den ene står med humanvitenskapelig vitenskapssyn og den andre med naturvitenskapelig. Det har vært hevdet at tilhengere av ekstensive design og kvantitativ metode har villet påtvinge samfunnsvitenskapene et naturvitenskapelig vitenskapssyn. Noe som også ville innebærer de



antakelser om at man kan kartlegge en objektiv virkelighet og avdekke genrelle lover og regler. I motsetning til dette har tilhengerne av intensive design og kvalitativ metode stått som en gruppe som har intatt et mer konstruktivistisk vitenskapssyn. Debatten har, i dag, imidlertid fått en mer forsonende tone og man kan nå si at det er relativt stor enighet om at det ikke er slik at én metode er bedre enn den andre. De har heller ulike styrker og svakheter, og egner seg ulikt i ulike sammenhenger. De utfyller hverandre og står ikke i konflikt med hverandre. Valg av metode bør derfor komme som en konsekvens av hva vi ønsker å undersøke. Med andre ord så er det problemstillingen som bør styre metodevalget, og ikke hvilken metode vi er tilhengere av.

## 6.1 Forskningsdesign

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie er den vanligste typen undersøkelsesdesign, som ofte brukes når man skal få fram hva som er *kunnskapsstatusen* på et visst felt. Det kan for eksempel være en spesiell type medisinsk behandling eller en spesiell type tiltak i barnevernet. Slike studier baserer seg ofte på hva andre har publisert i bøker, rapporter eller artikler. Målet er å få frem hva som er gjort på et felt, sammenstille teorier og funn, og deretter prøve å fastslå hva man vet. (Jacobsen, 2010, s. 54)

Slike litteraturstudier, som i følge Jacobsen (2010) kalles for meta-analyser, tar som regel utgangspunkt i andre *kvantitative* studier. Disse sammenstilles og man prøver å trekke ut hva som kan regnes som sikker kunnskap ut fra alle studiene. Det blir dog stadig vanligere å lage meta-analyser av *kvalitative* forskningsprosjekter, hvor man lager oversikt over kvalitativ forskning som er gjort på et felt. Det er da vanlig å bestemme seg for å bruke noen nøkkeltreffer, søke i et par ulike databaser, som gir da x-antall treff på ulike artikler. Neste skritt er å luke ut artikler som ikke er relevante, og som ble vurdert til å ikke holde god nok faglig standard. Til slutt sitter man igjen med et mindre antall artikler som gir grunnlag for å danne en sammenfatning.

Forskningsdesignet som ble brukt i dette prosjektet kan også kalles for en *meta-analyse*, en *kunnskapsoppsummering*, eller på engelsk; *a review*. Det er en metode hvor vi ser på de ulike delene, i sammenheng, for å forstå helheten. En humanvitenskapelig metode, hvor vi samler inn litteratur/data gjennom litteratursøk i ulike databaser for så å analysere og tolke funnene. Denne metoden ble valgt fordi det synes å være den som passet best til problemstillingen, som

er å finne ut og samle inn kunnskap om erfaringer med bruk av PDM-2, og klare å si noe om *hvordan* den bidrar i diagnostikken.

I følge Helsebiblioteket (2016) gir en kunnskapsoppsummering leseren en god systematisk oversikt over hva som finnes om et bestemt emne, og om kvaliteten på forskningen. Formålet med systematiske oversikter er å se forskningsresultater fra relevante studier om en problemstilling under ett. En systematisk oversikt gir et balansert bilde av hva forskning har vist om en bestemt problemstilling. I prinsippet kan systematiske oversikter sammenstille studier av alle typer forskningsmetoder og for alle kjernesporsmål. Systematiske oversikter blir oftest brukt i vurdering av effektspørsmål, men det finnes også systematiske oversikter for andre forskningsmetoder (f.eks diagnosestudier eller kvalitative studier).

#### 6.1.1 The integrative literature review

I løpet av de siste årene har det vært en oppblomstring av utviklingen av ulike forskningsdesign. Det tillates stadig nye design, med nye navn, som fanger opp nye sider ved en problemstilling eller har nye funksjoner. Jeg har valgt en metode som tillater inkluderingen av et bredt spekter av forskning av forskjellig kvalitet. Dette for å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte og gi et mer nyansert bilde av hvilke studier som er gjort og hvilke mulige implikasjoner som kan ligge der og som det trengs mer forskning på.

*The integrative review*, er en metode som gir synteser av kunnskap og anvendelighet av resultater av signifikantstudier overført til praksis. Metoden er i bunn og grunn verktøyet *Evidence-based Practice* (EBP), som stammer fra arbeidene til epidemologen Archie Cochrane. EBP er karakterisert av en tilnærming til klinisk praksis og undervisning basert på kunnskap og evidens og dens kvalitet. Derfor innebærer det å definere et klinisk problem, identifisere den nødvendige informasjonen, søke etter studier i litteraturen og evaluere dem kritisk, identifisere anvendeligheten av dataen fra publikasjonene, og bestemme dens nytteverdi for pasienten. EBP-initiativene har økt behovet for å produsere alle typer litteratur reviews/kunnskapsoppsummeringer. (de Souza, da Silva, & de Carvalho, 2010).

*Meta-analyse* er den review-metoden som kombinerer evidens fra flere primærstudier ved å bruke statistiske verktøy for å fremheve objektivitet og validiteten av funnene. Designet og hypotesen av studiene bør være veldig like, om ikke identiske. I den meta-analytiske metoden

er hver studie syntetisert, kodet og plottet inn i en kvantitativ database. Etterpå behandles resultatene slik at det skal kunne måles i effekt. (de Souza, da Silva, & de Carvalho, 2010)

Den *systematiske review-metoden* er en utstrakt syntese av alle undersøkelser av et spesifikt spørsmål. Fokuset er hovedsakelig på eksperimentelle studier, som for eksempel randomiserte kliniske studier. Den systematiske review-metoden er forskjellig fra andre review-metoder ved at den hele tiden tar sikte på å komme forbi eventuell partiskhet i hvert steg ved å følge en streng metodisk tilnærming til søk og utvalg. I tillegg skal det vurderes validitet og reliabilitet av studiene som man finner, - metodisk innsamling og syntetisering og tolkning av data fra forskningen.

Den integrative review-metoden er den mest omfattende av metodiske tilnærminger av reviews. Den tillater inkluderingen av eksperimentelle og ikke-eksperimentelle studier for at man skal forstå et fenomen fullt ut. Den kombinerer også data fra teoretisk og empirisk litteratur, og har et vidt spenn av formål som for eksempel å definere konsepter, review av teorier, evidens og analyser av metodiske problem i et spesifikt emne. Det brede utvalget, sammen med flere formålsforslag, bør skape et konsistent og omfattende panorama av komplekse konsepter, helseteorier eller problemer som er relevante for «sykepleien». (de Souza, da Silva, & de Carvalho, 2010)

I følge Russell (2005) har *the integrative literature review* mange fordeler for den lærde undersøkeren. Noen av fordelene er: evaluering av den vitenskapelige evidens, identifisering av kunnskapshull, identifisering av behov for fremtidig forskning, trekker sammenhenger mellom relaterte forskningsområder, identifisering av sentrale problemer i et forskningsområde, generering av forskningsspørsmål, identifisering av teoretisk eller konseptuelt rammeverk, og utforskningen av hvilke forskningsmetoder som har blitt brukt med suksess.

Det presenteres og foreslås en fem stegs vei til bruk av integrative review.

1. Problemstilling
2. Data innsamling eller litteratursøk
3. Evaluering av data
4. Data-analyse
5. Tolkning og presentasjon av resultater.

(Russell, 2005)

I denne oppgaven bruker jeg de Souza, da Silva & de Carvalho (2010) sin gjengivelse av integrative review, hvor beskriver 6 faser i fremgangsmåten og gir forslag til både kritisk evidensvurdering og rangeringen av den. De 6 fasene består av:

1. Forberedning av problemstilling
2. Søk i databaser
3. Datainnsamling
4. Kritisk analyse av inkluderte studier
5. Diskusjon av resultatene
6. Presentasjon av integrative review/resultater (visualisering og redusering av data)

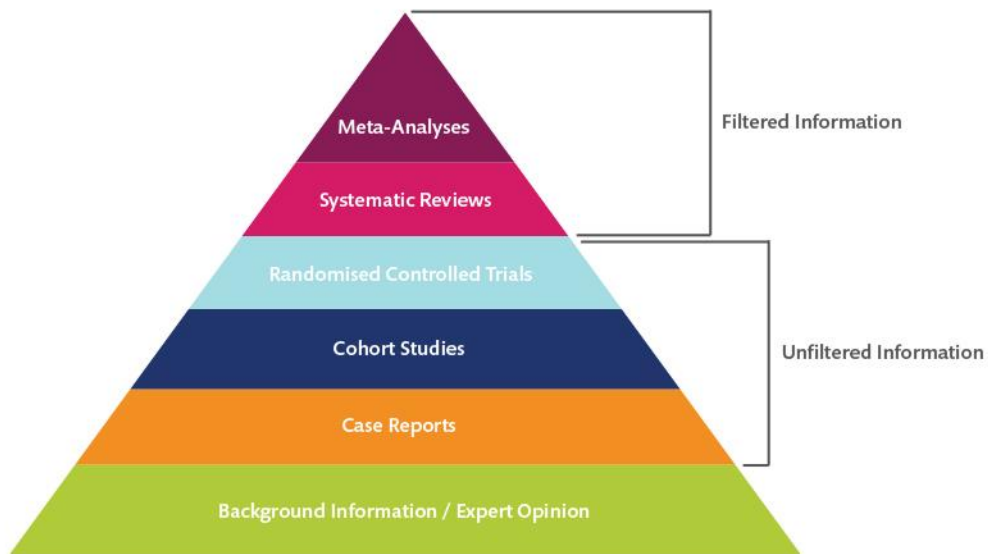
Til forskjell fra Russell (2005) har det de Souza, da Silva & de Carvalho (2010) lagt til et eget punkt for datainnsamling. De har også lagt ved et datainnsamlings instrument som skal hjelpe forskeren å minimere risiko for feil i oversettelsen og for å garantere presisjon når de sjekker informasjon. Dette instrumentet vil jeg benytte meg av for å sikre en god screening-prosess i tråd med PRISMA-flow diagrammet (se pkt. 6.3).

## 6.2 Evidenshierarkiet

Den nedenfor presenterte pyramiden hjelper oss med å visualisere evidens-hierarkiet, ved å rangere de ulike forskningsmetodene. Denne pyramiden er en måte å rangere kvaliteten av de ulike metodene. Pyramiden under er en forenklet inndeling av de ulike metoder som finnes, den kunne ha inkludert mange flere lag med en mengde av ulike forskningsdesign.

(Karolinska Institutet, 2020)

Fig 2 hentet fra Karolinska Institutet (2020)



Denne oppgavens rangering av evidens vil ta utgangspunkt i foreslått evidensrangering av de Souza, da Silva & de Carvalho (2010). Forslaget skal være til hjelp for forskeren til å velge den beste mulige evidens når man gjør en *integrative review*. Evidenshierarkiet tar utgangspunkt i forskningsdesignet til studiene, som er noe av det som skal gjennomgås kritisk i fase 4 (se ovenfor).

Evidenshierarkiet:

- Nivå 1: evidens fra meta-analyser av multiple randomiserte kontrollerte kliniske undersøkelser.
- Nivå 2: evidens fra individuelle studier med eksperimentelle design.
- Nivå 3: evidens fra kvasi-eksperimentelle studier.
- Nivå 4: evidens fra deskriptiv (ikke-eksperimentell) studier eller med kvalitativ tilnærming.
- Nivå 5: evidens fra saksrapporter/kliniske tilfeller eller fra erfaring.
- Nivå 6: evidens basert på ekspertuttalelser/ meningsyttringer/ kommentarer fra spesialister.

### 6.2.1 Eksperimentelle studier – Evidensnivå 1 og 2

Studier som har et så kalt eksperimentelt design, er undersøkelser gjort under visse forsøksbetingelser. Et kjennetegn er at forsøket er tilfeldig fordelt blant forsøkspersonene (utvalget). For eksempel når en gruppe personer som er like når det gjelder de viktigste sykdomskjennetegnene, får utdelt enten behandling A eller B etter en tilfeldig (randomisert) metode slik at verken deltakerne eller undersøkeren kan påvirke dette. Behandlingen må også være standardisert (kontrollerte). (Malt, 2021)

Denne typen design brukes ofte innen medisin og psykologi. Ofte kalles disse eksperimentene også for RCT's, som betyr *Randomised Controlled Trial*. I følge Svartdal (2021) regnes denne metoden som gullstandarden innen undersøkelse av effekt av behandling.

### 6.2.2 Kvasi-eksperimentelle studier – Evidensnivå 3

I de tilfeller eksperimenter gjennomføres uten randomisering, men ved at man fortsatt manipulerer variablene, kalles dette gjerne for et «kvasi-eksperimentell» studie eller et kvasi-eksperiment.

Forskjellen fra klassiske eksperimenter kan være at gruppene ikke er helt tilfeldig sammensatt (randomisering), eller at undersøkelsen ikke gjennomføres under like sterkt kontrollerte betingelser som for eksempel laboratorieeksperimenter. I medisinske studier kan man for eksempel sammenlikne to grupper som får ulik behandling (eksperimentelt design), men hvor valget av hvilke individer som får en bestemt behandling ikke er tilfeldig (randomisert), men valgt av for eksempel lege, pasient eller bestemt av andre ikke-tilfeldige forhold. (Malt & Grønmo, 2021)

### 6.2.3 Deskriptive, ikke-eksperimentelle studier – Evidensnivå 4

Studier som gjøres som er ment å være beskrivende, objektive gjenfortellinger av hvordan ting *er*, kalles gjerne for en studie med en deskriptiv tilnærming. Deskriptiv brukes gjerne i motsetning til normativ, som er beskrivelsen av hvordan ting *bør* være. I deskriptive studier forsøker man altså å beskrive virkeligheten uten å gi forklaringer, slik man gjør i analytiske studier som forsøker å avdekke årsak-virkning-forhold eller kausale forhold. (Stoltenberg, 2021)

I en deskriptiv eller beskrivende studie er formålet å beskrive fordelingen av ulike faktorer. Slike studier kan blant annet være grunnlag for beslutninger om fordeling av ressurser eller for å utvikle hypoteser. (Stoltenberg, 2021)

#### 6.2.4 Studier med kvalitativ tilnærming – Evidensnivå 4

Denne oppgavens evidensrangering setter deskriptive og kvalitative tilnærminger i samme kategori. Det er antatt at man da sikter til den deskriptive motsats, den mer analytiske tilnærming med kvalitative metode.

En analytisk studie med en kvalitativ tilnærming er laget slik at man kan studere sammenhenger. Assosiasjoner og mulige årsaksforklaringer har plass i slike studier. Målet er å identifisere eller måle effekten av risikofaktorer og/eller eksponeringer. En analytisk studie kan teste hypoteser i motsetning til de deskriptive. Analytiske studier kan ha ulike forskningsdesign som blant annet tverrsnittsundersøkelser, kohortstudier og kauskontrollstudier. (Store medisinske leksikon, 2021)

#### 6.2.5 Case-studie / kasusstudie (kliniske eksempler) – Evidensnivå 5

Case-studier, omtales på norsk som kasusstudier, er studien av et enkelttilfeller. Kasusstudier er kartleggingen av psykologisk interessante forhold enten det er ved et enkeltindivid, en skole eller en bedrift. Kasusstudier gjennomføres ofte på personer som på en eller annen måte skiller seg ut. (Svartdal, 2021)

I denne oppgaven er slike kasusstudier ekstra relevante ettersom vi undersøker både de individuelle psykologiske forhold og selve kartleggingen av dem.

#### 6.2.6 Ekspertuttalelser – Evidensnivå 6

Ekspertuttalelser settes nederst på denne oppgavens evidensrangering. Hvilken verdi man bør tillegge hvilke ekspertuttalelser er høyst åpent for å debatteres. I denne oppgaven vil ekspertuttalelsene brukes for å skape en generell oversikt over fagpersoners syn og oppfatning på det som studeres. De vil gjenspeile et panorama av tilbakemeldinger fra fagmiljøet på det aktuelle tema. Et par av de høyest anerkjente eksperter velges ut i oppsummeringen for å bygge troverdighet i gjenfortellingen.

I følge (Brean, 2021) har oppfatninger om medisinsk diagnostikk og behandling blitt vektet mer etter autoritet enn evidens i flere hundre år. Han hevder også at det fortsatt ofte handler mer om hvem som sier noe enn om evidensen bak utsagnet. Han refererer også til David Sackett, som regnes som grunnleggeren av evidensbasert medisin, som døde i 2015. Sackett nektet å være «ekspert», for han mente at ekspertuttalelser hemmet debatt – og at det viktigste er hva som blir sagt, ikke av hvem. (Brean, 2015)

### 6.2.7 Reliabilitet

Reliabiliteten kan knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte. Begrepet i seg selv viser til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene vil komme frem til samme resultat. Dermed kan vi si at reliabiliteten er et spørsmål om repliserbarhet. Dette gir oss imidlertid noen utfordringer i kvalitative undersøkelsesdesign, da det ikke er en selvfølge at forskeren kan/skal holde seg nøytral. Resultatene vil ofte sees i sammenheng av relasjonen mellom forsker og de som studeres. Dermed kan man si at prinsippet om repliserbarhet og nøytralitet ikke alltid er relevant, når det er studier der mennesker forholder seg til hverandre. Forskeren må da argumentere for reliabiliteten ved å redegjøre for hvordan dataene ble utviklet i løpet av forskningsprosessen. (Thagaard, 2013, ss. 201-202)

Denne studien er hovedsakelig basert på sekundærdata, altså litteratur gjort av andre. Min grad av påvirkning vil være liten, jeg kan ikke påvirke selve dataen kun tolkningen av disse og fremgangsmåten som ble brukt. Så reliabiliteten bør være ivaretatt så lenge jeg gjør grundig rede for hva som er blitt gjort og hvordan.

For å styrke reliabiliteten er det viktig å gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig («transparent»). Noe som innebærer at vi gir en detaljert beskrivelse av forskningsstrategi og analysemetoder slik at forskningsprosessen kan vurderes trinn for trinn. Vi bør også legge vekt på teoretisk gjennomsiktighet ved å beskrive det teoretiske ståsted som representerer grunnlaget for våre tolkninger (Thagaard, 2013, ss. 202-203). Det teoretiske perspektiv er gjort rede for tidligere i denne oppgaven.



### 6.2.8 Validitet

Validitet er knyttet til tolkning av data, og gyldigheten av de tolkninger forskeren har kommet frem til. Vi kan vurdere om validiteten av forskningen med henblikk på spørsmålet om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten vi har studert. Når resultater av kvalitative studier har som målsetting å gå utover det rent deskriptive, representerer analysen fortolkninger av de fenomener vi studerer. Nærere bestemt kan vi si at *validiteten* er et spørsmål om de tolkninger vi er kommet frem til er gyldige i forhold til virkeligheten. (Thagaard, 2013, ss. 204-205)

Det er også vanlig å skille mellom *intern validitet* og *ekstern validitet*. Den *interne* validiteten er knyttet til hvordan årsakssammenhenger støttes innenfor en bestemt studie, og hvilke vurderinger som er gjort av fortolkninger som omfatter en enkelt studie. Den *eksterne* validiteten er knyttet til hvordan den forståelsen som utvikles innenfor en studie, også kan være gyldig i andre sammenhenger. Vi snakker da også om *overførbarhet* i den forbindelse, hvordan forståelsen kan ha gyldighet i andre sammenhenger. For å styrke validiteten er det altså viktig å redegjør for tolkningene som blir gjort gjennom å skape gjennomsiktighet. Da må man være grundig i gjengivelsen av hvordan man har kommet frem til tolkningene. (Thagaard, 2013, ss. 204-205)

## 7.0 Søk i databaser

For å få en god oversikt over aktuell forskning er det viktig å søke med de rette begreper i de rette *databasene*. Disse fagdatabasene inneholder en mengde forskning fra hele verden. Jeg har valgt å søke i noen av de største innen medisin og psykologi for å få tak i mest mulig om et emne som det har blitt forsket lite på. Derfor har jeg også valgt å inkludere en litt utradisjonell database som søker veldig bredt og inkluderer mye.

### PubMed

*PubMed* er en elektronisk database som er en gratis ressurs som støtter søk og innhenting av biomedisinsk og livsvitenskapelig litteratur. Dens mål er å forbedre helse, både på et globalt og personlig nivå. Databasen inneholder mer en 30 millioner siteringer og abstrakter fra biomedisinsk litteratur. Siteringene i PubMed stammer hovedsakelig fra det biomedisinske og helse feltet, med relaterte fagdisipliner som livsvitenskap, atferdsvitenskap, kjemisk vitenskap

og bioingeniør. *MEDLINE* er en annen kjent medisinsk database, denne utgjør størstedelen av PubMed. (National Library of Medicine, 2021)

### PsycINFO

*PsycINFO* er en elektronisk bibliografisk database som leverer abstrakter og siteringer til den vitenskapelige litteraturen innen de psykologiske, sosiale, atferdsmessige og helse vitenskapene. Databasen inkluderer relevant materiale til psykologer og andre relevante profesjoner innen psykiatri, ledelse, handel, utdanning, sosialvitenskap, nevrovitenskap, medisin og sosialt arbeid. Den oppdateres ukentlig og gir tilgang til tidsskrift artikler, bøker, kapitler og avhandlinger. Ca. 99% av artiklene er *peer-reviewed*, altså fagfelleverderte, og kan dateres så langt tilbake som til tidlig 1800-tallet, til nåtid. (Ovid, 2021)

### Web of Science

Web of Science er en plattform som består av flere litteratursøk-databaser som er designet for å støtte søk etter vitenskapelig forskning. Den består blant annet av Core Collection, Current Contents Connect, KCI- Korean Journal Database, MEDLINE og Russian Science Citation Index. Dekningen går fra 1950-årene. Ett søk i denne plattformen gir altså et samtidig søk av alle disse databasene. Web of Science Core Collection er primær-ressursen på plattformen og inneholder 21,000 fagfelleverderte, høy-kvalitets vitenskapelige tidsskrift publisert verden over. Inkludert over 205,000 konferanse saker og over 104,000 redaksjonsvalgte bøker. Søk i denne plattformen gir referansekoplinger mellom et mangfold av innhold og settinger. Man kan utforske i mer enn en billion søkbare siterte referanser i Web of Science. (Web of Science, 2021)

#### 7.1 Litteratursøk og søkeord

For å redusere feilsøk er det viktig å være så nøyaktig som mulig når man velger hvilke ord man skal søke med. De utvalgte søkeord ga ulik mengde treff ut ifra databasevalg og søkeord-sammensetning. Jeg valgte å søke på *psychodynamic diagnostic manual* og utforsket forskjellige varianter av den. Ettersom det er den nøyaktige ordsammensetningen og tittelen på boken jeg skal undersøke så ble dette søkeordet, i den gitte sammenheng. I dette tilfellet ble det mest fornuftig å søke med dette søkeordet for å unngå å dra inn en hel mengde irrelevante treff på *psychodynamic* eller *diagnostic* alene.

Jeg valgte å ikke ta med utvalgskriteriet om at det kun skulle være peer-review/fagfellevurdert i tilfelle søkene ga treff på annen viktig og høyaktuell litteratur og fordi denne undersøkelsen er ment å fange bredt. At denne undersøkelsen skal fange bredt er for å danne en best mulig oversikt over tilgjengelig kunnskap, virke oppsummerende, og gi oss en mest mulig korrekt oppfatning av nåværende evidens på området.

I Web of Science (WOS) fikk over tusen treff dersom jeg inkluderte «PDM» i søkene. Det samme gjaldt for PubMed. Å søke med «PDM» ga treff på mange andre medisinske og farmakologiske forkortelser og termer. Om jeg kun søkte på PDM2 og PDM-2 derimot, fikk jeg en mer håndterbar mengde artikler og som samtidig var mer relevante ettersom de søkene representerer den nyere utgaven av PDM fra 2017, som også betyr nyere forskning og dessuten er forkortelsen foreløpig forbeholdt den aktuelle manualen. Det mest fornuftige var å ekskludere PDM i søkene i WOS og PubMed.

Søkeord: «Psychodynamic diagnostic manual» OR PDM2\*

Språk: Engelsk

Årstall: 2006 - nå

Tabell 1. Søkeord og søkeresultater

SØKEORD		RESULTATER		
		PubMed	PsychInfo	WOS
1	«Psychodynamic diagnostic manual»	(154) 25	(88) 88	(120) 67
2	PDM2 or PDM-2	44	—	71
3	PDM or PDM2 or PDM-2	—	233	—
<b>SUM:</b>		198	321	191

**Note:** Tallene i parentes representerer søk og treff gjort uten bruk av anførselstegn, det vil si søk gjort på ordene uten den angitte sammenheng. Slik får man treff på hvert av ordene når man ikke ønsker søketreff på ordene satt sammen i den rekkefølgen de står i ved bruk av anførselstegn.

Gjennomlesning av overskrift og abstrakt, og vurdering av artiklenes tematikk og fokus, sammenliknet med denne oppgavens problemstilling og hovedfokus ble utslagsgivende for hvilke artikler som ble utvalgt. (se pt.6.3)

## 7.2 PRISMA-flow

I denne oppgaven har jeg avendt et såkalt *PRISMA-flow diagram*. Dette er et skjema som beskriver flyten av informasjon gjennom de forskjellige fasene av en systematisk gjennomgang. Det kartlegger antall treff, inkluderte og ekskluderte, og grunnen til eksklusjon. (BMJ, 2021)

### «Psychodynamic Diagnostic Manual»

Det ble identifisert 180 treff på søk med «psychodynamic diagnostic manual» i PubMed, PsychInfo og Web of Science. Av de 180 ble 76 duplikater fjernet, vi satt da igjen med 104 artikler. Etter gjennomgang av overskrifter og abstrakter kunne man ekskludere 30 artikler, mest på grunn av de ikke hadde relevans til tema eller problemstilling. Noen ble også fjernet for å være bok-kapitler. Vi sitter da igjen med 74 artikler.

Av de 74 artiklene var hele 52 stykk evidens av level 6 kvalitet (se pt. 6.3.1). Det vil si at disse var for det meste av typen ekspertkommentarer og bok-anmeldelser. Disse vil ikke spille en rolle i den videre analysen, men noen av dem vil være med senere i oppgaven for å trekke frem flere sider ved tematikken som undersøkes.

Vi sitter da igjen med 22 full-tekst artikler som ble nøye gjennomgått for anvendelighet til problemstilling.

### «PDM2 or PDM-2»

«PDM2 or PDM-2» ga til sammen 115 treff i PubMed og Web of Science. Etter fjerning av duplikater og gjennomgang av overskrifter og abstrakt, var det ingen ny evidens av level 1-6. Et par nye treff var det, men disse var også av bok-kapittel typen så derfor valgte jeg å ekskludere disse.

### «PDM2 or PDM-2 or PDM»

I PsychInfo søkte jeg på «PDM2 or PDM-2 or PDM». Det ga 233 treff. Flere av disse omhandlet andre temaer som *postpartum depression*, *prescription drug*, *participation*

*decision og predicting decision osv.* Etter fjerning av duplikater og gjennomgang av overskrifter og abstrakt, var det ingen ny evidens av level 1-5. Det var 6 nye treff av level 6.

## 8.0 Analyse av data

Som vist ovenfor (Tabell 1) ga søkene i de ulike databasene til sammen treff på 528 artikler. Etter gjennomgang og fjerning av duplikater satt vi igjen med 110 artikler. Av de 110 artiklene ble 31 fjernet for å være uaktuelle. Flere av disse artiklene var bok-kapitler eller irrelevant for tema. Jeg satt da igjen med 79 artikler med ulik grad av relevans og kvalitet av evidens. Hele 58 av de 79 artiklene var ekspertkommentarer av ulike slag. 21 Artikler besto av studier som jeg gjennomgikk nøye for å vurdere metode og kvalitet, og ikke minst relevans for min problemstilling.

### Fordelingen av søketreff.

Evidenshierarkiet:

- Level 1: evidens fra meta-analyser av multiple randomiserte kontrollerte kliniske undersøkelser:  
**Ingen funn.**
- Level 2: evidens fra individuelle studier med eksperimentelle design:  
**Ingen funn.**
- Level 3: evidens fra kvasi-eksperimentelle studier:  
**13 studier.**
- Level 4: evidens fra deskriptiv (ikke-eksperimentell) studier eller med kvalitativ tilnærming:  
**1 studier.**
- Level 5: evidens fra saksrapporter/kliniske tilfeller eller fra erfaring:  
**7 studier.**
- Level 6: evidens basert på ekspertuttalelser/ meningsytringer/ kommentarer fra spesialister:  
**58 kommentarer.**

### 8.2 Ekskluderte artikler med begrunnelse

For å vurdere om de utvalgte studiene holder høy faglig standard og har god reliabilitet, må man ha tilgang til å lese den fulle artikkelen hvor dette er redegjort for. Får man ikke tilgang til full-tekst artikkelen, må studien ekskluderes for å ivareta denne oppgavens egen faglighet

og troverdighet. I tillegg avdekkes andre forhold som ikke er synlige med første øyekast, som for eksempel at flere artikler kan være samme studie.

- **Hinrichs et al. (2019)**, gjorde en validitet og reliabilitets undersøkelse av LPO-delen av PDC. Dette gjorde han ved å la 6 psykodynamiske psykologer anvende PDM på 88 kvinner som søkte hjelp. Det var dessverre ikke mulig å få tilgang til artikkelen.
- **Huprich, Jowers, and Nelson (2019)**, 329 studenter og deres pasienter fikk utdelt ulike diagnoseverktøy. Resultatene ble sammenlignet. Denne studien er den samme som en annen som er inkludert i denne oppgaven. Det samme gjelder for:
- **Paggeot, Nelson, and Huprich (2017)**, 329 studenter. Samme studie som den ovenfor men noen andre forfatternavn og noen andre formuleringer. Den opprinnelige undersøkelsen og referansen som inkluderes i oppgaven er: Nelson, Huprich, Shankar, Sohnleitner, and Paggeot (2017).
- **Miljevic (2011)**, klinisk case-report. Ingen fulltekst artikkel tilgjengelig.
- **Huprich and Meyer (2011)**, en kvalitativ tema-analyse av 7 artikler som omhandler anvendelse av PDM. Det var dessverre ikke mulig å få tilgang til artikkelen.

### 8.3 Analyse av utvalgte artikler

Av de 16 utvalgte artiklene med tilgjengelig full-tekst og relevans for denne oppgavens problemstilling, var det noen temaer som gikk igjen og som kan fortelle oss noe om *hvordan* PDM tilfører noe til nåværende nosologi. Nedenfor vil jeg først forsøke å gjøre en kvalitativ oppsummering av evidens av nivå 4 og 5. Deretter vil jeg gjøre en oppsummering av de kvantitative funn fra nivå 3. Under denne oppgavens punkt 10, vil jeg skissere og presentere funnene i reduserte og modellerte former i tråd med metodologien i et *integrative review*.

#### 8.3.1 Oppsummering av kvalitative funn – Evidensnivå 4 og 5

##### *Pasientbeskrivelse, forståelse og behandlingsplanlegging*

Flere av de kliniske studiene omhandler temaer som går inn i hverandre. Et av de sentrale gjennomgangstema for hva PDM tilfører til diagnostikken, handler om større innsikt og forståelse av pasienten. Det vises mye til hvordan PDM-verktøyet PDC gir nye dimensjoner, spesielt PDM's M-akse trekkes frem som svært nyttig. PDM er ment som et supplement til annen nosologi og flere av studiene tar utgangspunkt i dette. Det gjøres sammenligninger,

trekkes nye paralleller og diskuteres. Flere av studiene tar i bruk andre diagnostiske verktøy, dette for å sammenligne resultater eller for å utfylle PDC med riktig informasjon.

**Patriarca, Brusadelli, and Grenyer (2021)**, presenterer et klinisk eksempel av 50 år gammel kvinnelig pasient med generalisert angstlidelse i følge SCID-I. En diagnose som anses som kontroversiell, som i dette tilfelle belyses ved bruk av PDM-2. De anvendte AAI (The Adult Attachment Interview) som middel for å innhente informasjon for så å bruke denne informasjonen i PDM-2's diagnose kart, – PDC-2. Pasienten kom ut med en personlighetsorganisering tilsvarende mellom nevrotisk til borderline nivå, med en introvert depressiv personlighetssyndrom. Utenom det rent diagnostiske oppdaget de at PDC-2 og AAI ga dem nye hypoteser om pasientens angst i relasjon til omverden, som de ellers ikke ville ha oppdaget. De nye hypoteser ga dem også ny innsikt i resultatene fra SCID-I og II. Det bemerkes at SCID-II ga ingen personlighetsforstyrrelse, samtidig som PDC-2 ga klare indikasjoner på personlighetsorganisering tilsvarende borderline nivå. Altså at det er åpenbare problemer som må adresseres i terapi. Forfatterne konkluderer med at PDC-2 har bemerkelsesverdig verdi i å fange dybden av psykodynamiske pasienters forståelse, trekke paralleller mellom kategoriske og dimensjonale tilnærminger, og forbedre dialog mellom yrkesutøvere av forskjellig teoretisk bakgrunn. Noen begrensninger i studien påpekes også – AAI intervjuet gir ikke mulighet for å kode S-aksen i PDM-2, og PDM-2 foreslår at man bruker flere ulike verktøy for å få best mulig PDC-2 resultater, men AAI har vist seg tilstrekkelig for å kode nesten hele PDC-2.

**Malone, Piacentini, and Speranza (2018)**, beskriver 2 kliniske tilfeller – én fra tidlig ungdomsår, og én fra seinere ungdomsalder. PDM-2 viser seg her unik, ikke bare i sin teoretiske tilnærming, men i å ta med alder og utvikling med i betraktning. Ungdomsårene i PDM-2 er differensiert og definert ut ifra normale og forventede utviklingsstadier gjennom tenårene. Uten konteksten av utviklingsstadiene risikerer man å feil-diagnostisere ungdom. Det påpekes også et par utfordringer med PDM-2 - Det trengs mer forskning på målingene og skalaenes validitet og reliabilitet. De mener også at det trengs mer forskning på anvendelse på tvers av ulike settinger, og på tvers av klinikers ulike teoretiske orienteringer. I tillegg til dette undrer de seg over hvordan diagnoser forandrer seg eller ikke gjennom de ulike utviklingsstadiene i alle aldre.

**Karpetis (2013)**, gjorde en case-study av en eldre kvinne, med utgangspunkt i sosialt arbeid. Ettersom alle sosialarbeidere gjør vurderinger, bevisste eller ikke, så vil han vise med sin undersøkelse hvordan de ulike vurderingsmetodene har sine styrker og svakheter i sosialt arbeid. Han sammenligner fire vurderingsmetoder, hvorav en av dem er PDM. De mest interessante funnene for denne oppgaven er PDM's begrensninger i lys av sosialt arbeid. PDM mangler: vurdering av miljøet rundt klienten, ingen fokus på klientens styrker og at den er kun ment for mentale problemer.

Studien til Karpetis, er indirekte relevant for denne oppgaven, den hjelper oss med å få et bredere perspektiv og viser hvordan PDM også har sine begrensninger i gitte settinger. Noen vil hevde at ikke alle mentale problemer nødvendigvis bør tillegges individet i så stor grad som PDM gjør. Det er også viktig å bemerke seg at denne studien ble gjort i 2013, altså av førsteutgaven av PDM. PDM-2 kom i 2017 og har kontekstuelle forhold med, men ikke i den grad at man gjør en vurdering av selve miljøet. I tillegg viser Karpetis hvordan man vil finne sykdom om det er det man leter etter, og at man fort kan glemme individets styrker og muligheter for resiliens.

**Porcerelli, Cogan, and Bambery (2011)**, gjorde en kvalitativ undersøkelse, en case-study, av en 13 år gammel gutt (Robert) med utfordrende og utagerende atferd. Målet med undersøkelsen var å score gutten i PDM's M-akse. For å gjøre dette anvendte de *Shedler-Westen Assessment Profile* for ungdom (SWAP-200-A) og *the Social Cognition and Object Relations Scale-Global* (SCORS-G). De fant at ved å bruke PDM's M-akse, fikk de en dynamisk og beskrivende forståelse av Robert's diagnose. Beskrivelsen hjalp de med å forstå at Robert hadde kapasitet for relasjoner, at han viste glims av kognitiv kompleksitet og selv-refleksjon, og at hans antisosiale atferd sannsynligvis var en fungering som stammet fra en traumatisk historie. Derav kunne atferden også ses og forstås som forsvarsmekanismer på miljøets stressorer. De mener at utviklerne bak M-aksen for ungdom, har lyktes i å skape en betydningsfull og omfattende gruppering av mentale kategorier for å score mental funksjon. De påpeker imidlertid at det kreves lang faglig erfaring og trening for å anvende og bruke de utvalgte verktøyene til scoringen.

**Aleman (2009)**, gjorde en revurdering av kohortstudie fra 1994-96 av rusavhengige pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse, og en komorbid personlighetsforstyrrelse (PD) i tillegg. Studiens formål var å sammenligne de tidligere diagnoseverktøyene (DSM-III-R og



KAPP) med det nye PDM-systemet gjennom å re-diagnostisere pasientene. Forfatteren finner at PDM tilføyer ny kunnskap som de andre diagnosesystemene ikke fanger opp, og peker da spesielt på seksjonen om *mental funksjon* som viktig. Han påpeker samtidig noen utfordringer, som for eksempel at bruken av PDM-I krever mye psykodynamisk teori og klinisk erfaring. I tillegg mener han at det mangler kriterier for PD i PDM, og at dette må implementeres for å samsvare med kriteriene for de ulike PD i DSM-systemet. Oppsummert konkluderer forfatteren med at PDM kan ha nytte i behandlingsplanlegging for pasienter med rusavhengighet og antisosial personlighetsforstyrrelse.

#### *Den terapeutiske relasjon/ Terapeutisk allianse*

Noen av studiene er også opptatt av å beskrive hvordan PDM tilbyr terapeuten en måte å forstå egne forutsetninger og reaksjoner i møte med de ulike pasientgruppene. Dette gir oss også et perspektiv på PDM som noe mer enn bare en nosologi. Unikt for en diagnosemanual, tilbyr denne også en mulighet for å beskrive subjektive opplevelser og fenomener som har betydning for behandlingen.

**Lingiardi, Colli, and Muzi (2018)**, beskriver et klinisk tilfelle med en 31 år gammel kvinne og en 42 år gammel kvinnelig terapeut. De viser hvordan M-aksen (mental funksjon) i PDM-2 kan gi nyttig innsikt i utviklingen av den terapeutiske relasjon/allianse. Det skjer i dette tilfellet et brudd i den terapeutiske allianse, og terapeuten opplever både foreldrefølelser for pasienten og avvisning. Det eksemplifiseres også helt konkret hvilke målbare mentale kapasiteter som kan være aktuelle i dette tilfellet og hvilke verktøy man kan bruke for å måle dem. PDM-2 tilbyr dermed også terapeuten en mulighet for å forstå egne reaksjoner i møte med pasienten.

**Salcuni, Di Riso, and Lis (2014)**, gjorde en undersøkelse av et klinisk tilfelle – en ung kvinne med panikkangst-lidelse. Ut ifra et rammeverk med bakgrunn i tilknytningsteori, søkte forfatterne å oppnå en dypere forståelse for pasientens problemer ved å inkorporere PDM. De demonstrerer i artikkelen hvordan PDM sammen med tilknytningsteori kan være spesielt nyttig for denne type pasienter. De beskriver bl.a. den terapeutiske interpersonlige relasjonen, og hvordan den ble gjenstand for å drive frem videre utvikling med bakgrunn i personlighets funksjon. Konkrete diagnoseverktøy som for eksempel AAI (The Adult Attachment Interview) og SWAP-II (The Shedler–Westen Assessment Procedure) ble anvendt for å sammenligne resultater og samsvar mellom metodene.

### 8.3.2 Oppsummering av kvantitative funn – Evidensnivå 3

Evidensfunn fra nivå 3. Flesteparten av funnene var av studier gjennomført med et bestemt utvalg av klinikere i forhold til yrkeskompetanse og tilgjengelighet. Studiene belyser sentrale temaer som brukervennlighet, validitet og reliabilitet. Disse funnene med sine kvantitative (og kvalitative) metoder gir oss viktig informasjon i spørsmålet om hva PDM tilfører tradisjonell nosologi. Om PDM oppleves nyttig, er anvendelig og oppleves av klinikere som et relevant supplement, er spørsmål som er nært beslektet til oppgavens problemstilling.

**Robert M. Gordon and Stoffey (2014)**, samlet inn 104 kliniske tilfeller hvor det var anvendt PDC. Disse var gjort av 15 psykologer som var eksperter på Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). De fant veldig god konstruksjon av validitet når PDC ble sammenlignet med MMPI-2, Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) og Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD). De fant også veldig god reliabilitet i 73 av tilfellene ved å gjennomføre en re-test med PDC igjen etter 2 uker. I tillegg var 61 psykologer rekruttert fra liste-servere og spurt om å bruke PDC på en nylig pasient. Resultatene ble at 84% rangerte PDC nivå av personlighetsorganisering som «hjelpsom – veldig hjelpsom» i å forstå pasientene sine. Det ble også gjort liknende funn som støtter opp om *Personlighets mønstre* og *Forstyrrelse av mental funksjon*. Til sammenligning rangerte bare 31% av psykologene ICD eller DSM som «hjelpsom – veldig hjelpsom» til å forstå sine pasienter.

**Robert M. Gordon (2009)**, spurte 192 psykologer om deres reaksjoner på PDM. Gjennom forfatterens egne «workshops» samlet han inn tilbakemeldinger på PDM ved bruk av spørreskjema. Deltakerne var primært psykodynamisk orientert, 76 av dem identifiserte seg mer som hovedsakelig CBT, 51 som annet/eklektisk. 90% omtalte PDM i positiv forstand, og overraskende nok var det de som definerte som «annet/eklektisk» som sto for de som rangerte PDM negativt. CBT-psykologene var hovedsakelig positive. Denne studien har problematiske forhold til gjennomsiktighet, kritisk vurdering av deltakere og partiske forhold. Utvalget er av psykologer som søker obligatorisk videreutdanningspoeng.

**Francesco Gazzillo, Lingardi, and Del Corno (2011)**, lærte opp 6 eksaminerte studenter i tre ulike empirisk støttede metoder for diagnostisering av personlighetsforstyrrelser. De tre metodene/instrumentene var hentet fra: 1. P-aksen i PDM - *Psychodynamic Diagnostic Prototypes* (PDP), 2. *The Core Preoccupations Questionnaire* (CPQ) og 3. *The Pathogenic*

*Beliefs Questionnaire* (PBQ). I samarbeid med pasientenes behandlere og deres informasjon om dem, fikk studentene vurdert 200 pasienter. Vurderingen ble gjort gjennom et 2.5 time langt strukturert intervju. Det påpekes noen mulige svakheter rundt informasjonen som fås her i sammenheng med behandlernes forhåndskunnskap om pasientene. De gjorde imidlertid klare funn som støtter opp om at det nye verktøyet hentet fra PDP gir god reliabilitet og validitet.

**Robert M. Gordon (2019)**, gjennomførte en validitetsstudie av PDM-2 ved å undersøke 412 klinikere's forventinger til overføring/motoverføring i møte med ulike personlighetsforstyrrelser. Ved å ta i bruk det allerede kjente og utarbeidede Diagnostic Dimensions and Countertransference (DDC) kunne forfatterne sammenligne utvalgets forventede motoverføringer mot de forventede motoverføringer tidligere forskning har vist å korrelere med de ulike personlighetstypene. De fant at PDM-2 Personality Syndrom (P-akse) hadde fremragende validitet sammenlignet med de ledende diagnostiske taksonomier. Utvalget var ikke tilfeldig, og mulige begrensninger kan også ligge i *motoverføring* som begrep og ulik forståelse hos de ulike deltakerne, som forfatterene selv påpeker. Studiens transparente og nøyaktige gjengivelse i hvert ledd gir den troverdighet (reliabilitet) og god validitet.

**Nelson et al. (2017)**, sammenlignet 4 av de mest omtalte metodene for vurdering av personlighetsforstyrrelser. De fire metodene er: *Shedler-Westen Assessment Procedure, DSM-5 seksjon III Personality Disorder section, DSM-5 seksjon III Personality trait model*, og *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* med sine beskrivelser av 15 personlighetsforstyrrelser. Den kliniske nytte og anvendelighet var i fokus når 329 eksaminerte studenter vurderte de ulike dimensjoner av de 4 metodene. Deltakerne rangerte DSM-5 trait model signifikant høyere i de fleste kliniske nytteområder i forhold til de andre metodene. Studien inkluderte også en kvalitativ tilnærming ved å inkludere åpne spørsmål. Det som utpeker seg spesielt av de kvalitative resultatene er at deltakerne kommenterte positivt til at PDM var såpass omfattende, og til SWAP-II's inkludering av *helse*, dette til tross for at brukervennligheten ikke var like høy som i DSM-5. Studien gjør svært godt rede for både mulige begrensninger i utvalget, de ulike kvantifiserte dataene, og måten de er tolket og samlet inn på. En godt gjennomført studie med både kvalitativ og kvantitativ metode, og med høy grad av validitet og reliabilitet.

**Genova and Gazzillo (2018)**, gjorde en studie ut ifra teori om motoverføring hvor de undersøker klinikers emosjonelle reaksjoner i møte med de ulike personlighetsforstyrrelsene. Liknende studier er gjort tidligere med ulike kriterier for de ulike personlighetsforstyrrelser, i denne studien er undersøkelsen gjort med utgangspunkt i PDM-2. Totalt 232 klinikere deltok i studien og 232 pasienter ble vurdert ihht. *Level of Personality organization* og *Personality styles* i PDM-2. Resultatene viste at uavhengig av nivå av personlighetsorganisering og personlighetsklynge/mønster, så var de mest hyppige emosjonelle reaksjoner positive og omsorgsgivende. Dette støtter opp om den enorme mengden empiriske og kliniske data som beskriver den omsorgsgivende og støttende delen av den terapeutiske relasjon. Desto mer patologiske pasientene var, lavere nivå av personlighetsorganisering og generell funksjon, desto mer følte klinikerne følelser av utilstrekkelighet og negative emosjoner. Videre viser studien sammenhenger klinikers følelser med de ulike personlighetene, som viser at klinikerens emosjonelle reaksjoner kan være nyttige i å forstå personlighetstrekk. Resultatene viser også god validitet sammenlignet med tidligere funn i liknende studier, ref. F. Gazzillo et al. (2015).

**F. Gazzillo et al. (2015)**, gjorde en studie hvor de undersøkte sammenhenger mellom *Level of Personality organization*, og type personlighetsforstyrrelser, og klinikers emosjonelle reaksjoner ved bruk av PDM-2. 148 italienske deltok i studien, hvor de skulle evaluere en av deres voksne pasienter. PDM's PDC-2 ble anvendt sammen med PDP (Psychodynamic Diagnostic Prototypes) for pasient evaluering, og TRQ (Therapist Response Questionnaire) for å måle klinikerens emosjonelle reaksjoner til pasientene. Pasienters generelle nivå av personlighetspatologi var positivt assosiert med hjelpeløshet og følelser av overveldete reaksjoner hos klinikerne, og negativt assosiert med positive emosjonelle reaksjoner. Studien viser også klare paralleller mellom de ulike personlighetsforstyrrelser og klinikers emosjonelle reaksjoner. Som for eksempel pasienter med histrionic personloighetsforstyrrelse som vekket en overveldet og seksualisert reaksjon hos klinikerne, mens de med schizoid eller obsessiv-compulsive forstyrrelse vekket ingen spesiell emosjonell reaksjon. Forfatterne påpeker studiens begrensninger i utvalg og mulige faglige tilbøyeligheter. Nøyaktige forklaringer og kritisk refleksjon gjennom hele studien gjør at den vurderes å ha solid reliabilitet.

**R. M. Gordon et al. (2016)**, gjorde en studie for å undersøke Countertransference (CT) – motoverføring, ettersom dette er ansett som en verdifull faktor i differensialdiagnostikken. De

jobbet ut fra hypotesen og predikasjonen om at desto mer klinikers teoretiske orientering vektlegger dynamikken i det subjektive mentale liv, desto bedre vil de være på å anvende CT-forventninger til å differensial diagnostisere høy-risiko pasienter. Utvalget besto av 510 praktiserende eller klinikere som ble bedt om å vurdere en pasient over 18 år. *Psychodynamic diagnostic chart (PDC)* og *Psychodynamic Diagnostic Prototypes (PDP)* ble brukt som guide for diagnose og forklaring. *Diagnostic Considerations Survey* og *Diagnostic Dimensions and Countertransference*, ble brukt for å måle CT. Funn: Psykodynamisk terapeutisk (PDT) orienterte klinikere forventet mer CT enn andre klinikere med annen teoretisk bakgrunn. Forfatterne mener at disse funnene indikerer at klinisk trening i CT kan være nyttig for å differensiere diagnoser og i å hjelpe klinikere å unngå etiske dilemmaer uavhengig av en's teoretiske preferanse.

Studiens relevans for denne oppgavens problemstilling er hovedsakelig angående validitet sammenlignet med andre studier som tilsier at PDM-systemet største fordel er M-aksen (mental funksjon). PDM's M-akse og PDC i sin helhet tilbyr et verktøy for å beskrive og forstå CT, og dermed som denne studien sier: bedre kunne differensiere diagnoser.

**Huprich et al. (2019)**, gjennomførte en sammenlignings studie mellom tre diagnosemetoder som diagnostiserer personlighetsforstyrrelser til å passe inn i en forhåndsbestemt prototype. I denne studien evaluerer forfatterne *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, en hybrid modell prototype av *Shedler-Westen Assessment Procedure-2 (SWAP-II)* og *Psychodynamic Diagnostic Manual prototype (PDM)*. Utvalget besto av 329 kliniske psykologer og praktikanter, og pasientene deres. Funnene som ble gjort var at det var god overførbarhet mellom metodene, men det var også variasjon av hyppighet av diagnoser mellom dem. For SWAP-II og PDM, var depressiv og borderline personlighetsforstyrrelse de hyppigst tildelte diagnoser, hvorav unnvikende og borderline personlighetsforstyrrelse var de mest tildelte prototypene for DSM-5 hybridkategorier. Grad av konvergens på tvers av metoder og liknende diagnostiske konstruksjoner var lav.

### 8.3.3 Ekspertkommentarer – Evidensnivå 6

Ekspertkommentarer rangeres til å være av evidensnivå 6. De er av lavest rangert evidens, men har likevel en rolle å spille i et *integrative review*. Hele 58 kommentarer har blitt vurdert, de er i all hovedsak positive til PDM/PDM-2, og mange av dem er fra det psykodynamiske fagmiljøet. Jeg vil trekke frem et par kommentarer fra de mest anerkjente ekspertene og som

her tillegges noe mer troverdighet og relevans enn andre. Disse vil også gjenspeile resten av de øvrige eksperters oppfatning av PDM.

**Allen Francis, M.D.** *Duke University. Amerikansk psykiater. Verdensledende ekspert og tidligere redaktør av DSM-III.*

- Frances (2018) synes PDM-2 er et enormt nyttig fremskritt for forskningen og for forskere. Han betrakter PDM-2 som en monumental og veldig vanskelig prestasjon. Han trekker paralleler tilbake til når DSM-III ble publisert og hvordan den frarøvet noe av det intellektuelle og psykoanalytiske ved faget som DSM-II representerte. Ingen kunne den gang forutse hvilken suksess DSM-III ville få, og hvilke diagnostiske følger det medførte. Han husker hvordan folk snakket i DSM-III termer og diagnostiserte ungene og sjefene sine over brunsj. PDM-2 representerer en ny retning i forhold til DSM-III, og han ser på PDM-2 som potensielt enormt viktig. Men han synes den er for stor og lang, at den burde ha blitt redusert til noe som klinikere kunne ha lest gjennom på 10 eller 20 timer. Han tror at den ville ha solgt 10 ganger så mye bedre, og blitt mer tilgjengelig for folk. Dette var noe av suksesskriteriet til DSM-III.

**Otto Kernberg, M.D.** *Amerikansk psykiater. Professor Emeritus of Psychiatry. Tidligere bok-redaktør for Journal of the American Psychoanalytic Association, tidligere president for International Psychoanalytic Association, designeren bak Transference-Focused Psychotherapy (TFP) og direktør for C.F. Menninger Memorial Hospital, og mye mer.*

- Kernberg (2018) kaller PDM-2 for et viktig bidrag til litteraturen. Likt som denne studiens formål, stiller han seg spørsmålet: «*What does the PDM-2 add to the current diagnostic panorama?*» Han mener at PDM-2 oppdaterer psykoanalytisk, psykodynamisk informerte klassifikasjoner av psykopatologi, mentale forstyrrelser, mental funksjon, og funksjonen av normale individer. Den kombinerer multiple teoretiske og kliniske perspektiver inn i en integrert tilnærming til diagnoser. Ikke bare gir den muligheten til å plassere den enkelte person inn i en generell kategori av mental sykdom, den gir også muligheten for å kategorisere hvert individ som et unikt tilfelle. Dette til tross for hva enn som måtte dominere av sykdomstegn, så vil man kunne se individet i kontekst av den individuelle særegenheter, mangler, kapasiteter og ressurser. Kernberg mener at diagnosesystemet har implikasjoner ikke bare for den generelle sykdomsdiagnose og generelle kategorier av behandling, men også for

individualiserte måter å tilnærme seg individers psykologi. Han avslutter med: «*And that is of enormous clinical importance.*»

**Mark A. Oldham M.D.** *Department of Psychiatry, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY.*

- Oldham (2020) viser hvordan de ulike personlighetstypene i PDM-2 kan gi kliniske interaksjoner. Han presenterer noen kliniske tilfeller og diskuterer underveis hvordan disse interaksjonene kan forstås, og hvordan personlighetsinformert behandling kan være nyttig for behandlingsplanlegging. Han konkluderer med at en slik tilnærming tilbyr et mer heuristisk rammeverk som muligens legger til rette for og styrker implementeringen av evidens-basert omsorg/behandling.

## 9.0 Diskusjon av analysen

Den foreslåtte evidens rangeringen til de Souza, da Silva & de Carvalho (2010) kan være nyttig i forsøket på å sortere og rangere evidens fra en metode som krever at man har orden på all informasjon som innhentes og analyseres. Ved bruk av denne rangeringen i kombinasjon med PRISMA-flow diagrammet, klarer man å holde orden og struktur på artiklene som man finner. Ved å følge PRISMA-flow diagrammet slipper man også unødig ekstra arbeid ved å analysere og finlese artikler for tidlig i undersøkelsesfasen. Evidensrangeringen hjelper oss sortere viktigheten av artiklene som gir oss en pekepinn på hvilke artikler man bør inkludere og ekskludere for egnethet. Det er imidlertid noen problematiske elementer ved en slik rangering:

1. Evidensrangeringen er satt av forskere som følger en viss faglig standard og tradisjon, som igjen vil kunne føre til at man nedprioriterer viktig og godt gjennomført forskning, men som da tilhører en lavere «rang» ut ifra enkeltpersoners vitenskapelige oppfatning.
2. I en humanvitenskapelig tradisjon som psykologifaget også følger, ønsker man kanskje å rangere såkalte kliniske eksempler (case-study) høyere. De gir oss ofte den mer beskrivende, omfattende og innfløyte siden av det vi undersøker. Menneskelige og sosiale fenomener kan ofte med fordel undersøkes ved hjelp av mer humanvitenskapelige metoder. Forholdet mellom naturvitenskap og humanvitenskap

er i dag mer likestilt enn for bare noen år siden, og dermed kan det blir unaturlig å rangere naturvitenskapelig evidens kategorisk over den humanvitenskapelige

Oppsummeringen av de kvalitative funnene er gjort med bakgrunn i egen vurdering av disse. Min faglighet vil påvirke i den grad at man bør ta høyde for at det kan være enkelte temaer i de utvalgte undersøkelsene jeg har nedprioritert i oppsummeringen og kategoriseringen, men som kanskje burde ha vært inkludert i gjengivelsen. Flere av temaene går inn i hverandre og det er mange interessante detaljer og indikasjoner å hente frem fra de kvalitative undersøkelsene, men jeg har forsøkt å holde fokus på hovedlinjene i dem for å ikke gjøre denne oppgaven for omfattende.

Den kvantitative analysen er også gjengitt i hovedtrekk. Her vil min faglighet påvirke i mindre grad i og med at resultatene er kvantifiserte og mindre påvirkelige fra utenforstående. Studienes problemstilling og hovedfunn holdes i fokus. Både den kvantitative og kvalitative analysen vil fortsette i neste avsnitt, hvor funnene eksemplifiseres og reduseres inn i modeller og forklaringer.

## 10 Resultater og presentasjon av review-metoden

For presentasjonen av review-metoden må den være tydelig og komplett for at leseren skal kunne vurdere resultatene kritisk. Den bør inneholde relevante og detaljerte deler av informasjon som er basert på kontekstualiserte metodologier, uten noen utelatelse av relatert evidens. Et neste steg i prosessen er reduksjon og visualisering av data. Visualiseringen kan inneholde tabeller, grafer, sammenligninger mellom mønstre og temaer som blir en del av den generelle diskusjonen. Uttalelser angående sammenhenger og konklusjoner bør vente til senere i oppgaven. (de Souza, da Silva, & de Carvalho, 2010, s. 105)

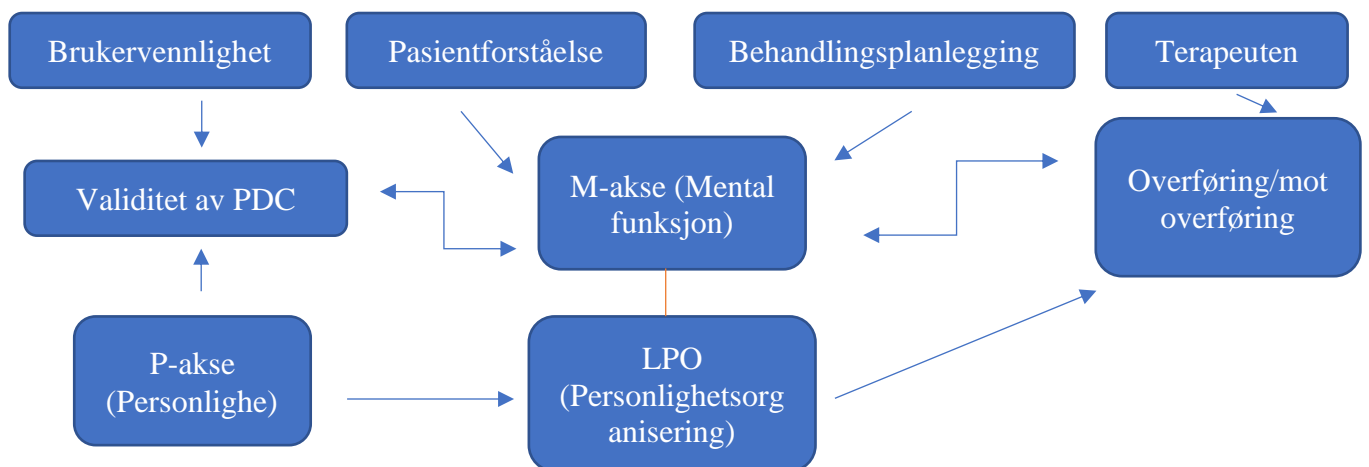
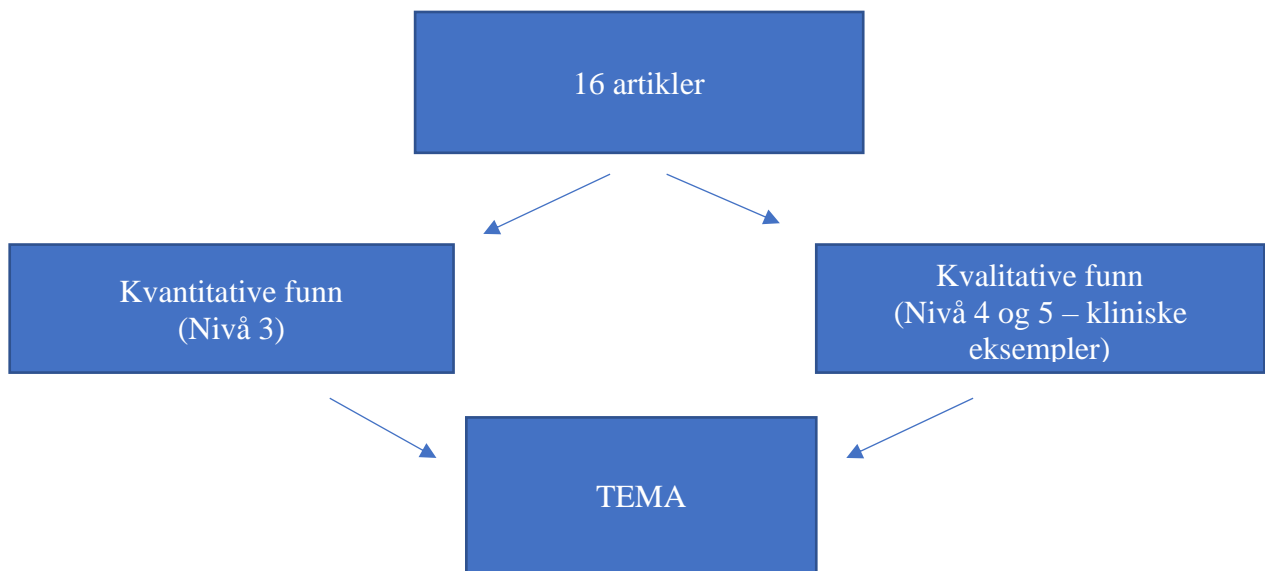
### *Analyse og visualisering av sammenhenger – Nivå 1 til 5*

Nedenfor, hvor pilene peker mot «Tema» (Fig. 1.2), er der hvor funnene sammenstilles inn i en syntese av et triangulert design. Det betyr at funnene ses i sammenheng med hverandre og hvor jeg gjør nye tolkninger ut ifra dette. Triangulert design er en av de tre grunnleggende forskningsdesign innen *mixed methods*. I slike forskningsdesign samler man kvantitative og kvalitative data omtrent samtidig og integrerer informasjonen inn i et overordnet resultat. (Andersen, 2017)



Denne måten å sammenstille funnene på og gjøre tolkning av dem passer godt inn i et integrative review, hvor det å indentifisere mønstre og gjengivelse av temaer kan være en del av den generelle diskusjonen som er et element i presentasjons-fasen.

Fig. 1.2 Oversikt over integrative review



Som vi ser ovenfor, har vi ulike typer informasjon om PDM-systemet. De fleste piler peker mot PDM's M-akse, den delen av PDM som har med mental funksjon å gjøre. Det er denne delen flest synes å skille seg ut fra annen nosologi. Det er forsket på, og funnet sammenhenger mellom, PDM's M-akse og terapeutens følelser i den terapeutiske relasjon. Funnene til Lingardi et al. (2018) viser hvordan pasienters mentale kapasiteter påvirker den terapeutiske relasjon, og hvordan terapeutens følelser i møte med pasientens utfordringer i terapien kan både brukes og forstås for den videre behandlingen. Terapeutens egne forventede reaksjoner til pasienter hjelper dem i å planlegge behandling. For å forstå pasienten bedre gir

denne manualen muligheten til å forstå seg selv bedre, og sine reaksjoner i møte med ulike personlighetstyper. Pasientens mentale funksjon forteller terapeuten noe om hva som kan forventes i terapi på tvers av diagnoser. De ulike mentale kapasitetene som M-aksen består av, har vist seg å kunne måles ved hjelp av andre allerede etablerte metoder. AAI er kanskje den som skiller seg ut som best egnet for koding av voksne pasienters M-akse. Det er funnet god validitet av M-aksen. M-aksen samsvarer og avviker fra andre metoders resultater, som igjen er noe av meningen. Den gir brukeren en ny dimensjon til differensialdiagnostikk samtidig som den samsvarer med allerede etablert praksis og kunnskap om de ulike personlighetstypene.

PDC omtales som et meget brukervennlig verktøy som gjør PDM meget anvendelig i praksis. PDC står som en grunnstruktur i PDM, som guider brukeren gjennom de ulike aksene. Overførbarheten mellom metoder og av resultater av metoder, er god. Validiteten har i flere studier blitt gjenstand for streng testing. (Robert M. Gordon & Stoffey, 2014)

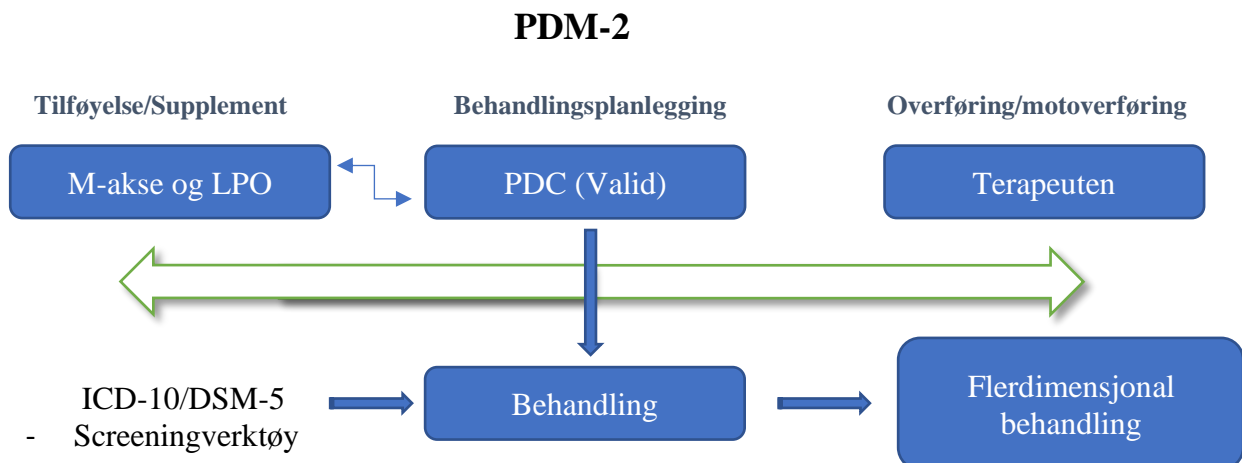
Vi finner også klare sammenhenger mellom Level of personality organization (LPO) og terapeutens egne følelsesmessige reaksjoner. Enten man forstår det i form av *overføring/motoverføring* eller inn i *den terapeutiske relasjon*, så gjør studier som Genova and Gazzillo (2018) og F. Gazzillo et al. (2015) funn som viser at desto lavere pasienters fungering av LPO er, desto mer føler terapeutene på negative følelser av utilstrekkelighet. I studien til Robert M. Gordon and Stoffey (2014) rangerer 84% av 61 tilfeldig valgte klinikere LPO som svært nyttig i å forstå pasientene sine.

Klarer man å identifisere sammenhenger mellom terapeutens egne følelser og pasienters psykopatologi, kan man også anvende egne følelser som faktor i arbeidet med differensialdiagnostikk. R. M. Gordon et al. (2016) viser til funn som tilsier at terapeutisk trening i overføring/motoverføring kan være nyttig i å differensiere diagnoser.

Noe mindre forskning er gjort på P-aksen, men den er heller ikke så ulik andre kjente måter å kategorisere personligheter på. Robert M. Gordon (2019) har imidlertid gjort funn som tilsier at P-aksen i PDM-2 har fremragende validitet i sammenligning med de mest ledende taksonomier.

Review-metoden presentert i form av fig.1.2, viser indikasjoner av funn og temaer under den blå linjen. Et forsøk på ytterligere reduksjon av disse funnen skal forsøkes å visualiseres i figuren under.

Fig.1.3 Resultater og implikasjoner for praksis.



M-aksen er en av de mest omtalte dimensjonene ved PDM. Den er omtalt både i forbindelse med funksjon som supplement til annen nosologi (at den tilfører noe nytt), og i forbindelse med overføringsverdi og samsvaring med de aktuelle diagnoser og verktøy (at den gir reliable og troverdige resultater). Store og godt gjennomførte studier som R. M. Gordon et al. (2016) og F. Gazzillo et al. (2015) har fokusert på temaer rundt terapeutens opplevelser og overføring/motoverføring. De finner at M-aksen også er nyttig for å forstå terapeutens egne reaksjoner, å forstå pasientens mentale fungering ut fra terapeutens opplevelser, og for behandlingsforberedelse og forebygging av frafall. At PDC-verktøyet i PDM har en klar og god validitet vil også bety at denne kan tas i bruk inn i de mer tradisjonelle metoder. Behandlingen får dermed tillagt en ny dimensjon, noe som da kan gi en flerdimensjonal behandling. Dette gir terapeuten nye muligheter både innen diagnostikk og behandlingsplanlegging.

#### Ekspertkommentarer – Nivå 6

I utvelgelsen av ekspertkommentarer har jeg valgt å fokusere på de med mest anerkjente og innflytelsesrike forfattere. Dette er en enkel måte å sikre at de kommentarene som fremkommer, fremkommer av personer med høy faglig standard og lang klinisk erfaring.

58 ekspertkommentarer

---

Screening/ utvelgelse av spesialist uttalelser

---

Allen Frances

Otto Kernberg

Robert Bornstein

De tre utvalgte ekspertkommentarene er alle positive til PDM-2. De belyser imidlertid forskjellige sider ved PDM-2 som er nyttige for denne oppgavens brede omfang. De representerer noe av de funn som er gjort i denne oppgaven, samtidig som de belyser andre områder ved PDM-2 som ikke er fremkommet av forskningen så langt.

For eksempel så påpeker Frances (2018) kommersielle aspekter som har betydning for påvirkning i praksis og hvordan PDM-2 kan representere en gjenopptakelse av noe som har gått tapt med tiden. Oldham (2020) tar opp de angitte personlighetstypene i PDM-2's P-akse som så langt har blitt forsket lite på i sammenheng med PDM-2.

### *Diskusjon*

Diskusjonen om de nåværende vitenskapelige paradigmer, integrerte modeller for psykisk helse, nosologi og teori, tas ikke standpunkt til her. Det som presenteres ovenfor er ut ifra denne studiens funn, og mulig implikasjon for behandling generelt. Men om den vil være like anvendelig og forståelig for behandlere av ulike teoretiske bakgrunner, her i Norge, vet vi lite om. PDM-2 er antakelig lite utbredt i Norge, og vi har liten/ingen erfaring med den her. De undersøkelser som er gjort, er gjort med utgangspunkt i helt andre sykehusmodeller, interessegrupper og fagmiljøer som vi ikke har oversikten over når funnene skal tolkes. Det kan være at reliabiliteten er mindre og dermed validiteten lavere enn hva vi klarer å tolke ut ifra vår egen kulturelle kontekst. Dessuten har vi en godt integrert biopsykososial modell som vi drifter våre sykehus etter, noe som vil skille seg fra andre ikke-nordiske land. Enkelte her i Norge bestrider både modellen og dens eksistens, men man kan undre seg over om ikke et definerende verktøy som PDM-2 ikke ville vært et kjærkomment verktøy for begge sider av debatten. Den viser seg å kunne inkludere kontekstuelle forhold med inn i diagnostikken, samtidig som den holder seg kategorisk og valid i forhold til andre diagnose-systemer.

Nelson et al. (2017) studie sammenlignet de mest kjente metodene for diagnostisering av personlighetsforstyrrelser. De 329 eksaminerte studentene rangerte DSM-5 med høyere brukervennlighet enn PDM-2. Dette kan tyde på at PDM-2 fortsatt har litt å gå på når det kommer til brukervennlighet sammenlignet med de andre mest kjente metodene for diagnostikk. Deltakerne i studien satte imidlertid pris på hvor omfattende PDM-2 var. Det kan nok være vanskelig å få både en ekstremt brukervennlig diagnosemanual som også er kjempe omfattende. En mulighet i videreføringen av økt brukervennlighet, kan være som Allen Frances (2018) sier: Reduser boken til noe som kan leses på 10 til 20 timer, og ikke en livstid.

De funn som er gjort vedrørende brukervennlighet må også ses i lys av at når PDM-2 kom ut i 2017, var mange av de kritiske tilbakemeldingene på første PDM rettet opp i.

## 11 Konklusjon

Psychodynamic Diagnostic Manual (2. utgave), er et stort skritt i retning av en mer sofistikert og human psykiatrisk behandling. For den biopsykososiale-modellen, som de psykiatriske sykehusene i Norge i dag bygger på, vil en slik tilføyelse som PDM-2 representerer være et kjærkomment supplement til nåværende diagnostikk og behandling. Presisjonen og den kategoriske klarhet som ICD-10 representerer kan ofte overdøve de mer subtile sider ved menneskets dimensjoner. Spesielt om man i en hektisk hverdag, med økonomiske rammer, trenger raske svar og konklusjoner så blir de mest konkrete verktøyene kanskje også mest foretrukne. PDM-2 tilbyr en konkretisering av psykodynamisk teori og evidens, hvor nettopp brukervennlighet og overføringsverdi har gjort PDM-systemet høyaktuelt i en klinisk hverdag. PDM-2 kan tilby differensialdiagnostisk verdi, flerdimensjonal forståelse, behandlingsplanlegging og forebygging av terapeutisk allianse.

Avslutningsvis vil jeg også påpeke at det trengs mer forskning, diagnosemanualen er relativt ny og det finnes fortsatt et hav av diagnoser og settinger hvor manualen ikke har blitt testet. Som ekspertkommentarene indikerer, så vil det også trenges mer forskning på PDM's P-akse og S-akse for å bygge opp om PDM's reliabilitet. De foreløpige funn gjort i denne studien indikerer derimot en lovende fremtid for PDM-2, men som konkurrent til ICD-systemene som har flere hundre år med evidens, blir PDM-systemet fortsatt for nytt. Derfor er det nok

fornuftig, som forfatterne har gjort, å presentere PDM-2 først og fremst som et supplement. Som et supplement er PDM-2 et fantastisk bra alternativ til nåværende nosologi.

Så tilbake til noe av oppgavens etos – Er PDM-2 svaret på å tette gapet mellom deskriptiv klarhet og presisjon på den ene siden, og individuell psykodynamisk sofistikasjon på den andre? – Ja, det kan den være.

En siste brannfakkell, fra mitt eget perspektiv som miljøterapeut i en akuttpsykiatrisk avdeling for ungdom, hvordan kan vi forstå og bruke PDM-2 i et miljøterapeutisk arbeid?

Sammenhenger mellom M-akse, LPO og miljøterapeutisk arbeid ser jeg som et nytt og potensielt spennende forskningsområde. LPO, kanskje mer kjent for miljøterapien i form av utarbeidede veiledere som bl.a. GAF-score m.m, men M-aksen og hvordan de ulike mentale kapasitetene kommer til uttrykk i miljøet er interessante sammenhenger å se nærmere på i fremtiden.

## 12 Litteraturliste

- Aleman, K. (2009). Personality assessment of drug dependent patients with antisocial personality disorder. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 16(2), 138-146. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2009-16239-007>
- American Psychiatric Association. (2021, 26 februar). About DSM-5. Hentet fra <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm>
- American Psychological Association. (2020, 8 november). APA Dictionary of Psychology. Hentet fra <https://dictionary.apa.org/psychodynamic-theory>
- American Psychological Association. (2021, 16 februar). psychodynamic approach: APA dictionary of psychology. Hentet fra <https://dictionary.apa.org/psychodynamic-approach>
- Arre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Arre, T. F., & Larsen, K. Ø. (2017). Kva klinisk nytte har me av dagens psykiatriske diagnoser – og kva er alternativet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14, 4-15. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-02>
- BMJ. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 2021 (71), 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dahl, A. A. (2020). En blindgate. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(7) 510-514. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2020/07/en-blindgate>
- de Souza, M. T., da Silva, M. D., & de Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, 102-6. Hentet fra <https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>
- Frances, A. (2018). Commentary on the Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition: The PDM-2 as an effort to enhance the psychiatric diagnosis. *Special Issue: The PDM-2 and Clinical and Research Issues in Psychodynamic Diagnosis*, 35(3), 296-298. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000189>

Gazzillo, F., Lingiard, V., & Del Corno, F. (2011). Towards the validation of three assessment instruments derived from the PDM P Axis: the Psychodynamic Diagnostic Prototypes, the Core Preoccupations Questionnaire and the Pathogenic Beliefs Questionnaire. *Giunti Organizzazioni Speciali*, 265(58), 31-45. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc8&NEWS=N&AN=2012-26684-003>

Gazzillo, F., Lingiard, V., Del Corno, F., Genova, F., Bornstein, R. F., Gordon, R. M., & McWilliams, N. (2015). Clinicians' emotional responses and Psychodynamic Diagnostic Manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy (Chic)*, 52(2), 238-246. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038799>

Genova, F., & Gazzillo, F. (2018). Personality Organization, Personality Styles, and the Emotional Reactions of Treating Clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(3), 357-392. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.3.357>

Gordon, R. M. (2009). Reactions to the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) by psychodynamic, CBT and other non-psychodynamic psychologists. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 53-59. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2009-13089-004>

Gordon, R. M. (2019). A concurrent validity study of the PDM-2 personality syndromes. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 38(3), 698-704. <https://dx.doi.org/10.1007/s12144-017-9644-2>

Gordon, R. M., Gazzillo, F., Blake, A., Bornstein, R. F., Etzi, J., Lingiard, V., . . . Tasso, A. F. (2016). The Relationship between Theoretical Orientation and Countertransference Expectations: Implications for Ethical Dilemmas and Risk Management. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 236-245. <https://doi.org/10.1002/cpp.1951>

Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014). Operationalizing the Psychodynamic Diagnostic Manual: A preliminary study of the Psychodiagnostic Chart. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2014.78.1.1>

Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2021). Brief Manual for the Psychodiagnostic Chart-2 (PDC-2). *Academia*. Hentet fra [https://www.academia.edu/14475535/Brief\\_Manual\\_for\\_the\\_Psychodiagnostic\\_Chart\\_2\\_PDC\\_2\\_?pls=RHCQOVZmxn](https://www.academia.edu/14475535/Brief_Manual_for_the_Psychodiagnostic_Chart_2_PDC_2_?pls=RHCQOVZmxn)



Haave, P. (2020, 27 oktober). Psykiatrisk behandling fra langbad til lobotomi. Hentet fra <https://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1634-psykiatrisk-behandling-langbad-til-lobotomi.html>

Helsebiblioteket. (2016, 3 juni). Systematisk oversikt. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/249213.cms>

Helsedirektoratet. (2013, 1 juni). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/forord;jsessionid=13C9D20493DD4F0230CE03A4C90B5457>

Hinrichs, J., Dauphin, V. B., Munday, C. C., Porcerelli, J. H., Kamoo, R., & Christian-Kliger, P. (2019). Assessing Level of Personality Organization With the Psychodiagnostic Chart: A Validity Study. *Journal of Personality Assessment*, 101(2), 181-190. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1436062>

Huprich, S. K., Jowers, C., & Nelson, S. (2019). Comparing DSM-5-Hybrid, SWAP, and PDM prototype models of personality disorders: Convergent and divergent findings. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 376-382. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000340>

Huprich, S. K., & Meyer, G. J. (2011). Introduction to the JPA special issue: Can the Psychodynamic Diagnostic Manual put the complex person back at the center-stage of personality assessment? *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 109-111. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2010.543203>

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Oslo: Høyskoleforlaget.

Karolinska Institutet. (2020, 23 november). University Library: Systematic reviews. Hentet fra <https://kib.ki.se/en/search-evaluate/systematic-reviews>

Karpetis, G. (2013). Employing assessment systems in social work: A practitioner-researcher approach. *Social Work in Mental Health*, 11(6), 542-562. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2013.791363>

Kernberg, O. F. (2018). Commentary on the Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition: What does the PDM-2 add to the current diagnostic panorama? *Special Issue: The PDM-2 and Clinical and Research Issues in Psychodynamic Diagnosis*, 35(3), 294-295. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000208>

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Red). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual - second edition PDM-2* (2. utg.) New York: The Guilford Press.

Lingiardi, V., Colli, A., & Muzi, L. (2018). A clinically useful assessment of patients' (and therapists') mental functioning: M-axis implications for the therapeutic alliance. *Special Issue: The PDM-2 and Clinical and Research Issues in Psychodynamic Diagnosis*, 35(3), 306-314. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000200>

Malt, U., & Rzadkowska, J. (2021, 18 februar). Psykodynamisk terapi. Hentet fra [https://snl.no/psykodynamisk\\_terapi](https://snl.no/psykodynamisk_terapi)

Malt, U. (2021, 29 april). Eksperimentell design. Hentet fra [https://sml.snl.no/eksperimentell\\_design](https://sml.snl.no/eksperimentell_design)

Malone, J. C., Piacentini, E., & Speranza, M. (2018). Reclaiming the developmental lens for adolescent formulation and diagnosis: Application of the PDM-2 to clinical cases. *Special Issue: The PDM-2 and Clinical and Research Issues in Psychodynamic Diagnosis*, 35(3), 339-345. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000194>

McWilliams, N. (2018). *Psykoanalytisk diagnostikk - personlighetsstrukturer i terapiprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Miljevic, S. K. (2011). Psychodynamic diagnostic manual in clinical practice-case report. *European Psychiatry*, 26, 1027. Hentet fra [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72732-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72732-8)

National Library of Medicine. (2021, 21 februar). PubMed Overview. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>

Nelson, S. M., Huprich, S. K., Shankar, S., Sohnleitner, A., & Paggeot, A. V. (2017). A Quantitative and Qualitative Evaluation of Trainee Opinions of Four Methods of Personality Disorder Diagnosis. *Personality Disorders-Theory Research and Treatment*, 8(3), 217-227. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000227>

Norsk Psykoanalytisk Forening. (2021, 16 februar). Om oss: Norsk Psykoanalytisk Forening. Hentet fra <https://www.psykoanalyse.no/om-oss/>

Oldham, M. A. (2020). Personality-Informed Care: Speaking the Language of Personality. *Psychosomatics*, 61(3), 220-230. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093848/>

Ovid. (2021, 22 februar). APA PsycInfo® (PSYC) Database Guide. Hentet fra <https://ovidsp-dc1-ovid-com.ezproxy.uis.no/ovid-b/ovidweb.cgi?&S=BJBDFPJCIACMMGAKPPJDFGJJOFLAA00&Database+FileId+Guide=14>

OPD Task Force. (Red). (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2 (2. utg.)*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

- Paggeot, A., Nelson, S., & Huprich, S. (2017). The Impact of Theoretical Orientation and Training on Preference for Diagnostic Models of Personality Pathology. *Psychopathology*, 50(5), 304-320. <https://doi.org/10.1159/000479284>
- Patriarca, E., Brusadelli, E., & Grenyer, B. F. S. (2021). A bridge between person-based versus symptom-based nosology: A clinical case study using the Psychodiagnostic Chart-2. *Psychoanalytic Psychology*, 38(1), 31-38. <https://dx.doi.org/10.1037/pap0000308>
- Porcerelli, J. H., Cogan, R., & Bambery, M. (2011). The Mental Functioning Axis of the Psychodynamic Diagnostic Manual: An Adolescent Case Study. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 177-184. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.542724>
- Russell, C. L. (2005, 15 mars). An overview of the integrative research review. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15839365/>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Salcuni, S., Di Riso, D., & Lis, A. (2014). "A child's nightmare. Mum comes and comforts her child." Attachment evaluation as a guide in the assessment and treatment in a clinical case study. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00912>
- Valla, B. (2017). Tid for et paradigmeskifte. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/02/26/tid-for-et-paradigmeskifte/>
- Valla, B. (2016). Begynnelse på slutten for diagnosene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(5) 386-387. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2016/05/begynnelse-pa-slutten-diagnosene>
- Valla, B. (2014). *Videre - hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WHO. (2021, 19 februar). History of the development of the ICD. Hentet fra <https://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
- WHO. (2021, 19 februar). Production of ICD-11: The overall revision process. Hentet fra <https://extranet.who.int/icdrevison/help/ICD/docs/ICDRevision.pdf>

## Vedlegg (1)

### *Forkortelser*

**ICD-10:** International Classification of Diseases. Offisielle diagnosesystem verden over, der i blant Norge.

**DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Et diagnosesystem som brukes verden over, størst i USA.

**PDM (-2):** Psychodynamic Diagnostic Manual (– second edition). Et nytt psykodynamisk diagnosesystem fundert på psykodynamisk teori og forskning. Gir en humanvitenskapelig tilnærming til diagnostisering innen mentale lidelser.

**PDC (-2):** PDM's grunnverk, et fundament eller et verktøy som gjør PDM anvendbar i praksis. Det sies at den «operasjonaliserer» PDM. Et flytdiagram som fører terapeuten gjennom de ulike aksene i PDM.

**PDP:** Psychodynamic psychotherapy. Engelsk forkortelse for psykodynamisk psykoterapi.

**RCT:** Randomised Controlled Trail. Engelsk forkortelse for randomisert kontrollert studie, et såkalt «ekte» eksperimentelt design.

**CT:** Brukes som forkortelse til engelske begrepet *countertransference*, som er lik det norske *motoverføring*. På norsk bruker vi gjerne *overføring* og *motoverføring* i sammenheng med hverandre for å vise til begge ender av påvirkningen.

**AAI:** Adult Attachment Interview. Engelsk forkortelse for en type intervjuguide for voksne pasienter som vil avdekke tilknytningsproblematikk.

**SWAP-II:** The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200). Engelsk forkortelse som brukes om en prosedyre for avdekking av personlighetsdiagnoser.

**CBT:** Cognitive behavioral therapy. Engelsk forkortelse for kognitiv atferdsterapi. Anses ofte som motpolen til psykodynamisk tilnærming.

**KAPP:** The Karolinska Psychodynamic Profile. Et instrument for måling av personlighet

**SCID:** The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5). En intervjuguide som anvendes verden over, også i Norge.

**OPD:** The Operationalised Psychodynamic Diagnostics system.