

Bare diagnose er ikke nok

Tor Levin Hofgaard
president i Norsk psykologforening

Psykiske lidelser har mange årsaker. De utvikler seg som en del av livet, de kan oppstå etter langvarige opplevelser, eller etter akutte hendelser. Utviklingen kan ha et biologisk utgangspunkt, men like ofte ikke. Personer med samme diagnose kan enten ha fått en sårbarhet utløst i en gitt situasjon, eller den kan ha blitt utløst etter år med forhold som til slutt overskrider en grense. Psykiske diagnoser beskriver ofte kun symptomer og kan, i motsetning til mange medisinske diagnoser, ikke forklare årsak eller hva som er en god behandling for det enkelte mennesket.

Likevel: Diagnosene er ikke problemet, men *måten* de brukes på. Forskning viser til at visse behandlingsformer har god effekt på ulike tilstander. Det er blant annet godt dokumentert at ulike former for kognitiv terapi har effekt på depresjon. Slik forskning må imidlertid brukes med forsiktighet. Den gir et utgangspunkt for hypoteser, og gir retning for virksomme tiltak. Men de psykologiske og miljømessige prosessene som opprettholder symptomer i kombinasjon med risiko- og beskyttelsesfaktorer i en persons liv, kan være vidt forskjellige, og skape helt ulike behov for tiltak.

Derfor er det viktig å ikke havne i den fellen der det er diagnosen som danner det eneste grunnlaget for behandling og tiltak. Forskere og erfarne klinikere vet dette. Evidensbasert praksis i psykisk helse er ikke definert som praksis basert på forskning alene, men som «integrering av beste forskningsevidens med klinisk ekspertise og pasientens verdier». Økonomer, ledere, byråkrater og politikere kan imidlertid ofte gjøre denne feilslutningen. Risikoen er at helsevesenets systemer bare utløser midler til spesifikke behandlingsmetoder – uten å ta hensyn til behovet for det avgjørende mellomledet: kompetansen til å utrede årsakene til pasientens diagnose, og evnen til å sette inn fleksible tiltak. Det går ut over pasientene.

Et eksempel på dette er ADHD. Det internasjonalt anerkjente tidsskriftet «European Child & Adolescent Psychiatry» avdekket nylig at tre av fire barn med ADHD-diagnosen ble friskmeldt etter at foreldrene fikk veiledning sammen med barna. ADHD er en diagnose som i stort monn behandles med psykofarmaka – 30 000 nordmenn får totalt 11,4 millioner brukerdoser i året. Den samme diagnosen blir med andre ord behandlet både som en tilstand utløst og opprettholdt av miljøfaktorer og som en tilstand utløst og opprettholdt av biologiske/nevrologiske forhold – begge med suksess! Diagnosen som sådan er altså ikke av særlig verdi uten en kompetent utredning, og uten at det i tett samarbeid med brukeren etableres et tilpasset opplegg. Norske helsemyndigheter må ikke gå i den besnærende fellen å knytte behandlingsformer og diagnoser for tett sammen!

Diagnosemanualene i psykisk helse har gjort mye bra for brukerne. De har muliggjort forskning på psykiske lidelser, og de har gjort psykisk helse-feltet «stuerent» innenfor academia, hvor det nå bevilges mer penger til forskning og utvikling. Myndighetene kan da også med større trygghet forsvare at de bruker penger på psykisk helse med henvisning til stadig mer påviselig effekt av tiltakene. Manualene har altså gjort psykisk helsehjelp mer tilgjengelig, gitt bedre kvalitetssikring – og er nå mindre preget av teori og ideologi.

Problemet? At diagnosene også lever et annet liv. Mange føler dem som stemplende, som noe som utløser en standardisert behandling. Samtidig er diagnosene blitt inngangsporten til hjelp overhodet. Vi psykologer har bred forskningsbasert kompetanse på menneskers utvikling kognitivt, sosialt, personlighetsmessig, relasjonelt og biologisk. Vi besitter grundig kunnskap om individers utvikling og deres interaksjon. Med denne kompetansen har vi et godt utgangspunkt for å utrede, behandle

og skreddersy oppfølging til personer med komplekse liv og ulike mestringsevner. Dette er et sterkt faglig utgangspunkt for å utfordre et system der det å få hjelp er altfor tett knyttet til oppfatningen om at det av bestemte diagnoser må følge definerte behandlingsformer. Det betyr *ikke* at vi ikke skal bruke diagnosesystemet. Viktige deler av det som gjør oss til en forskningsbasert disiplin, ligger i dette verktøyet. Vi må bruke vår fagkompetanse til å arbeide nettopp etter forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens verdier. Retten til hjelp bør også basere seg på dette, og ikke på diagnoser alene.