

Diagnoser

Angrende diagnostiker

Kjersti Gulliksen
fagredaktør

Jan Inge Haga

Da Allen Frances ledet arbeidet med diagnosemanualen DSM-4, omtalte New York Times ham som verdens mest innflytelsesrike psykiater. Som pensjonist skjøt karrieren for alvor fart da han ba om tilgivelse for dette arbeidet.

I kjølvannet av beklagelsene over sitt eget verk, DSM-4, har Frances også markert seg som en betydelig kritiker av den reviderte versjonen, DSM-5. En mann av små ord er han ikke. Fra sin faste spalteplass i Psychology Today beskrev han den endelige godkjenningen av DSM-5 som intet mindre enn «det tristeste øyeblikket i min 45 år lange karriere med å forske, praktisere og undervise i psykiatri» (red. overs.).

Godkjenningen kom til tross for at han i flere år hadde advart mot den oppmykningen av grenser mellom normale reaksjoner og psykisk lidelse som utviklet seg i løpet av arbeidet med DSM-5. Advarslene var tuftet på egne erfaringer med at selv små oppmykninger i noen få diagnostiske kategorier i DSM-4 fikk uante og uønskede konsekvenser. Frances mener dette særlig skyldes legemiddelindustriens intense arbeid med å utvikle, reklamere for og tjene penger på å tilby medikamentell behandling for nye lidelser.

Ambisjonene med DSM-5 var store og var ment å lede til et paradigmeskifte i diagnostisering av psykisk lidelse, blant annet gjennom å etablere mer sikre biologiske markører for de enkelte lidelsene. Slik gikk det ikke, og i artikkelen «The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis» hevder Frances at det lovede paradigmeskiftet ble erstattet av et løssluppent diagnosesystem som i verste fall kan føre til underbehandling av pasienter med reell og behandlingstrengende psykisk lidelse, til fordel for en overbehandling av normale menneskelige problemer.

Etter utgivelsen av boka Saving normal: An Insider's Look at the Epidemic of Mental Illness and How to Cure It har Allen Frances vært reisende i diagnosekritikk, og under Schizofrenidagene 2018 advarte han forsamlingen mot medikalisering og overbehandling av psykiske lidelser. Fra scenen i Stavanger foreleste han, selv svært overbevist, om farene ved enhver skråsikkerhet omkring årsaker til og behandling av psykiske lidelser. Mellom forelesningene og sine daglige twitringer tok han seg tid til en samtale med Psykologtidsskriftet.

Den største utfordringen

– Hvis fruktene av det å kartlegge biologiske markører for psykisk lidelse hadde hengt så lavt som noen spådde? Det er klart vi hadde plukket dem for lengst

Den største utfordringen har vært å møte pasienter på måter som gir mening for dem, sier Frances om psykiatergjerningen. Ofte har han spurt seg selv; hvordan kunne han forbedre sin relasjon til pasienten? Var det noe han kunne si som hadde kraft til å forandre dette menneskets liv? Nettopp i det at vi aldri kan forutsi akkurat når endring skjer i terapi, eller hvordan det vil skje, ligger både utfordringen og belønningen i det terapeutiske arbeidet, mener Frances.

– Noen ganger får vi til å si eller gjøre noe som er helt vesentlig for folk, og som de husker resten av sitt liv. Ofte gjør vi det ikke.

Han minner om at for pasienten er enhver undersøkelse eller terapisaamtale et viktig øyeblikk i deres liv. Som aldri må bli et rutinemessig gjøremål for terapeuten.

– Vi må holde oss våkne for dramaet og poesien i enhver samtale. Og for det store privilegiet det er å få muligheten til å komme så nær andre mennesker i vårt arbeid, understreker han.

Paradigmepessimist

Et langt psykiaterliv seinere er han overbevist om at mennesket er det mest kompliserte av alt det vi forsøker å forstå oss på. Entusiasmen omkring biologiske markører for psykisk lidelse er på hell, og Frances ser ingen paradigmeskifter rundt neste sving.

– Hvis fruktene av det å kartlegge biologiske markører for psykisk lidelse hadde hengt så lavt som noen spådde? Det er klart vi hadde plukket dem for lengst.

Han tenker nå at det biologiske sporet var en nokså dårlig idé fra begynnelsen av. At det ikke er lett, og kanskje regelrett umulig å oversette hjerneprosesser til menneskets psykologi. Det finnes jo for eksempel ikke én form for schizofreni, men hundrevis av varianter, fortsetter han.

Siden det vi vet om psykisk lidelse, fortsatt er veldig begrenset, bør vi være forsiktige med å love ting vi ikke kan innfri, mener Frances.

– Når vi på dette kunnskapsgrunnlaget lager endringer i diagnostiske kriterier, bør endringene derfor gjøre ting bedre, ikke verre for pasientene.

Ber om tilgivelse

Selv tar han ansvar for at bruken av diagnosene ADHD, autisme og bipolar lidelse skjøt i været i kjølvannet av DSM-4, diagnosemanualen han selv brukte år av eget yrkesliv på å revidere. Han ber om unnskyldning.

– Vi gjorde noen feil, som fikk forferdelige konsekvenser, sier han. Blant annet førte inkluderingen av Asperger og bipolar lidelse 2 til falske epidemier. Innføringen av disse tilstandene medførte en oppmykning av kriteriene for å få autisme eller bipolar lidelse, og vi var ikke klar over hvor mange måter de nye og «mildere» kriteriene kunne bli misbrukt på.

For Frances og kollegaer var hensikten med å inkludere bipolar 2 blant annet å forhindre at pasienter med hypomane episoder fikk en unipolar depresjonsdiagnose. Ved å bli behandlet med antidepressiva under depressive episoder risikerte disse pasientene å vippe over i en manisk tilstand. Frances og kollegaer ønsket å unngå slike behandlingstilførte skader.

– Dessverre ble innføringen av bipolar 2 heftig akkompagnert av legemiddelindustriens svært offensive markedsføring av ny antipsykotisk medisin for denne tilstanden. Slik førte endringene i manualen til en overdiagnostisering og overmedisinering av bipolare tilstander. En rekke pasienter som ikke hadde hjelp av dette, ble feilaktig satt på antipsykotisk medisin, sier Frances.

Overbehandling altså. Både i intervjuet og i sine forelesninger under Schizofrenidagene advarer han sterkt mot en overdreven entusiasme for å diagnostisere og behandle pasienter. På tidlig 1970-tall var han med på det han mener var overbehandling av pasienter med schizofrenidiagnose. Basert på schizofrenidiagnosen, og den alene, beholdt de pasientene innelukket på sykehus for behandling i ett til to år.

– I ettertid så vi at dette var veldig uheldig for mange pasienter. Vi skar alle over en kam, og skilte ikke mellom de som ikke responderte på behandlingen, de som hadde negativ effekt av den, og de som kunne ha oppnådd spontan bedring dersom de hadde fått muligheten til det.

Frances har fortsatt kontakt med noen av pasientene fra den tiden, og de har tilgitt ham.

– Men jeg er ikke sikker på at jeg noen gang kan tilgi meg selv for dette, sier Frances.

Mer erfaren, skrev han ti år seinere artikkelen «No treatment as a prescription of choice», der han drøfter i hvilke situasjoner behandling kan være skadelig og sannsynligvis ineffektiv, og at ikke alle som tilfredsstillter kriteriene for en psykiatrisk diagnose, nødvendigvis eller automatisk skal ha behandling for den.

Diagnoser – på godt og vondt

Derfor er det et problem at diagnosene har blitt for mange, mener Allen Frances. Og peker på at stadig mer av vår livssmerte og våre kontekststavhengige menneskelige reaksjoner forstås og behandles som psykiske lidelser. Med tilhørende økning av mennesker som mottar medikamentell behandling. I så måte mener han DSM-5 er en katastrofe. Den nylig lanserte ICD-11 har han heller ikke mye til overs for. Allikevel vil han ikke vekk fra diagnosene.

På sitt beste kan diagnoser være et utgangspunkt for å reorientere seg i livet, mener han.

Diagnosen kan være et vesentlig øyeblikk i et menneskes liv.

– Når en diagnose formidles på riktig måte, slik at pasienten opplever å føle seg forstått, og ikke fordømt, og den gir behandlingen rett kurs, da er diagnosen så absolutt til hjelp.

– *Hvordan skal vi gjøre dette i praksis?*

– Diagnoser må settes med stor varsomhet, og i tett samarbeid med pasienten.

Underdiagnostisering er alltid bedre enn overdiagnostisering. Og diagnosene skal skrives med blyant.

Overflate eller dybde

Frances, som startet ut som psykoanalytiker og underviste i Freud i over ti år på Columbia universitet, har tidligere i intervjuet argumentert for psykiatrisk behandling som en meningsskapende prosess. Hvordan får han dette til å gå opp? Ønsker han seg noen gang tilbake til et mer teoretisk fundert diagnosesystem? Svaret på dette er et kontant nei. Selv om han har skrevet en rekke artikler om feil og mangler ved de eksisterende systemene, mener han det kriteriebaserte og deskriptive systemet som både DSM-5 og ICD-11 tar utgangspunkt i, er det beste nåværende alternativet til klassifisering av psykiske lidelser.

– Det er vanskelig nok å oppnå noenlunde samsvar mellom ulike diagnostiske vurderinger basert på de atferdsmessige overflatesymptomene. Med et mer teoretisk fundert perspektiv, som i de psykodynamiske diagnosebeskrivelsene, blir det helt umulig å oppnå noe slikt.

Frances viser til at overflatemanifestasjoner av psykisk lidelse er totalt uinteressant fra et psykodynamisk ståsted, da man som psykodynamiker jo vil dykke ned under overflaten av symptomene. Noe som gjør at graden av fortolkning hos den enkelte fagperson øker.

– Desto flere slutninger som er involvert, desto mindre sannsynlighet er det for at du vil oppnå enighet om en diagnose. Du kan ha ni psykoanalytikere i ett rom, og ende opp med ti forskjellige meninger om diagnosen.

Referanser

- Frances, A. (2013). DSM 5 is Guide Not Bible – Ignore Its Ten Worst Changes, *Psychology today*.
- Frances, A. (2013). The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis, *Annals of Internal Medicine*.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: HarperCollins Publishers Inc.
- Frances A. & Clarkin JF. (1981). No treatment as a prescription of choice, *Archives of General Psychiatry*, 38(5):542–5