

# Foreskrivningsvett

I tillegg til en reduksjonistisk medisinsk modell for diagnostisering og behandling av psykiske lidelser har en aktiv legemiddelindustri skapt rom for en stadig økende bruk av psykofarmaka.

## TEKST

**Arvid Strand**

## ILLUSTRASJON

**Åshild Irgens**

**PUBLISERT 5. august 2015**

---

Da vitenskapsjournalisten Robert Whitaker i 2010 publiserte boka *Anatomy of an Epidemic*, hadde det i USA i løpet av de siste 20 årene vært en tredobling av antall personer som ble erklært uføre på grunn av psykiske lidelser. Whitaker hevder at den psykiatriske epidemien i stor grad er en effekt av langvarig psykofarmakabruk og viser blant annet til livsløpsundersøkelser hvor personer som aldri eller i svært liten grad har brukt nevroleptika etter at de fikk diagnosen schizofreni, klarer seg bedre enn personer som er blitt behandlet med nevroleptika i alle år etter at de fikk diagnosen.

Whitaker holdt en gjesteforelesning ved Universitetet i Oslo i november 2014. Han ble intervjuet i årets andre utgave av Psykologtidsskriftet. Leserombud Odd Volden kommenterte intervjuet i aprilutgaven av tidsskriftet:

Men hvis medisinene bare virker på kort sikt, eller hvis de til og med virker slik at de etter hvert skaper omtrent de samme problemene som de skulle virke mot, bør det kanskje lyse rødt. Også for psykologer, selv om de kanskje ikke har klart å tilkjempe seg forskrivningsretten ennå.

For psykologer som har trodd at psykofarmaka skaper en kjemisk balanse i den sinnslidendes hjerne, lyser det sikkert en varsellampe eller to ved lesing av Whitakers bok.

«Selv om en del psykologer er raskt ute med å anbefale medisinering, tror jeg det er få psykologer som ønsker seg foreskrivningsrett»

**Kognitiv dissonans**

Å være en god kollega innebærer å ikke skape unødvendige konflikter, men samtidig ha en autentisk atferd, dvs. klare å gi uttrykk for egne meninger. En erfaren psykiater sa for et par år siden i et foredrag for psykiatere og psykologspesialister at den beste behandling schizofrene kan tilbys, er piller og en seng. Foredragsholderen fikk ingen protester fra salen. Foredraget handlet om diagnostisering av schizofreni. Jeg fant det den gang mest komfortabelt å tie, og begrunnet stumheten med at en protest kunne blitt en avsporing fra foredragets hovedtema. Dermed oppsto det ingen konflikt, men jeg ga meg selv en lav skår på autentisitet. Slike motsetninger mellom ønsker og atferd blir som kjent kalt kognitiv dissonans.

I psykisk helsevern er det ikke bare leger som uttaler seg om medikament A virker bedre eller dårligere enn medikament B, eller om dose I virker bedre eller dårligere enn dose II. Min erfaring er at leger generelt er mottakelige for innspill om både medikamentvalg og doseringer når blodprøvene viser en serumkonsentrasjon innenfor produsentens angivelse av et såkalt terapeutisk område for et gitt medikament og en gitt diagnose. Fra mitt ståsted har det ikke vært lett å se den terapeutiske verdien av slike målinger. Det har ofte medført kognitiv dissonans å høre rapporter fra laboratorieundersøkelser som skulle gi svar på om den enkelte pasient var riktig medisineret.

### **Legemiddelinformasjon**

En TV-debatt med professorene Einar Kringlen og Ulrik Malt så langt tilbake som i 1996 (Nrk.no/Absolutt) viste to psykiatere med svært ulike holdninger til legemiddelindustrien (LMI). Malt omtalte det nye medikamentet Zoloft som mer effektivt enn psykologisk behandling og viste til en undersøkelse der 85 % av de som fikk Zoloft, ble helt bra. I gruppen som fikk psykologisk behandling, var det (bare) 70 % som ble bra. Malt framsto ikke uventet som mer positiv enn Kringlen til å samarbeide med LMI. Kringlen sa han ikke tillot representanter fra LMI å presentere sine produkter på hans klinikk, og mente det var svært uheldig at legenes etterutdanning i stor grad var finansiert av LMI.

20 år etter introduksjonen av SSRI-preparater (selektive serotoninreopptakshemmere), forelå mer kunnskap enn i 1996 om langtidsbivirkninger av «lykkepiller». Dette illustreres av psykiaterne A. E. Vaaler og O. B. Fasmer i deres kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening, 2013, nr. 4: *Antidepressive legemidler – klinisk praksis må endres*. De skriver at avhengighet og abstinensreaksjoner er et økende problem ved langtidsbruk av SSRI-preparater som nettopp Zoloft. Min erfaring med psykisk helsevern tilsier at en slik avhengighetsproblematikk svært ofte blir underkommunisert i forbindelse med foreskrivning av SSRI-preparater.

Gullstandarden i klinisk forskning er randomiserte kliniske forsøk (RCT). Når en undersøkelse viser at et medikament gir negativ effekt eller ikke signifikant bedre resultater enn placebo, er dette i utgangspunktet et like interessant funn som noe annet funn og dermed aktuelt for publisering. Det finnes imidlertid mange eksempler på tildekking av resultater som ikke tjener til å fremme salget av et nytt medikament. Dermed kan medikamentet likevel bli lansert som et produkt med dokumentert effekt

på grunnlag av RCT, og få status som evidensbasert medisin. Den engelske legen og forskeren Ben Goldacre har en fast spalte kalt *Bad science* i avisa *The Guardian*. I april i år skrev Goldacre:

This week there was an amazing landmark announcement from the World Health Organisation: they have come out and said that everyone must share the results of their clinical trials, within 12 months of completion, including old trials (since those are the trials conducted on currently used treatments).

Ved mangel på engasjement fra myndighetenes side mener Goldacre at initiativ fra leger og allmenheten for øvrig er avgjørende for at WHO sin ambisjon skal bli realisert.

Peter C. Gøtzsche er direktør for The Nordic Cochrane Center i København. Hans siste bok heter *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Health Care (2013)*. Gøtzsche skriver at legemiddelbruk generelt er den tredje vanligste dødsårsaken etter hjertesykdommer og kreft. I bokas to psykiatrikapitler omtaler han medikamenter som Zyprexa og Cipralext, to internasjonale bestselgere. Han hevder at produsentenes måte å framskaffe dokumentasjon på om disse medikamentenes effekt kan betegnes som alvorlige brudd med vitenskapelige prinsipper. I 2014 ble Gøtzsche vinner av den britiske legeforeningens bokpris «BMA Medical Book Awards» for beste bok i kategorien «Basis of Medicine».

Den irske psykiater og professor David Healy mener betegnelsen «evidence biased medicine» ofte er mer passende enn «evidence based medicine», men avviser imidlertid ikke enhver bruk av psykofarmaka. Ved medisinerer er legens oppgave å finne «the right medication for the right person at the right time». Dette er en rund formulering, men synes å være et allment akseptabelt uttrykk for det jeg betegner som foreskrivningsvett.

## **Bivirkninger**

I artikkelen *Serotonin and Depression (British Medical Journal, april 2015)* påpeker Healy at det ikke finnes klare sammenhenger mellom serotoninnivåer og bruk av SSRI. 90 % av SSRI-reseptene gis til pasienter som allerede har kjent mye ubehag i forbindelse med å avvikle medisinerer, jf. Vaaler og Fasmers artikkel. Dette ubehaget blir ofte forstått som at pasienten er avhengig av medikamentet. Healy hevder at avhengigheten er medikamentindusert og ikke tilsvarer forholdet mellom f.eks. diabetes og insulin.

Også når det gjelder bruk av antipsykotika, er Healy over gjennomsnittlig opptatt av bivirkninger. I boka *Pharmageddon (2012)* skriver han:

Studies that have examined longer term outcomes for these patients on these drugs universally show a reduction in life expectancy measured in decades, not just years. This is not an argument against their use, but is definitely an argument for ensuring that they actually are producing benefits that warrant the risks undertaken.

En del undersøkelser tilsier at 30–40 % av schizofrenipasientene ikke får noen symptomdempning ved bruk av antipsykotika. For pasienter som har effekt av antipsykotika, vil brå seponering etter lengre tids bruk ofte medføre en økning av positive symptomer (vrangforestillinger og hallusinasjoner). Slike forandringer blir som regel sett som bevis på at pasientene må fortsette medisineringsen. I artikkelen *Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes* (*Archives of General Psychiatry*, 2011) konkluderer Ho, Andreasen et al. slik:

Viewed together with data from animal studies, our study suggests that antipsychotics have a subtle but measurable influence on brain tissue loss over time, suggesting the importance of careful risk-benefit review of dosage and duration of treatment.

Nancy Andreasen er kjent som en av verdens fremste eksperter på schizofreni. Medikamentrelatert cellesvinn er i utgangspunktet ingen fordel når det gjelder evnen til å skille mellom fantasi og virkelighet. I debatten om sammenhenger mellom langtidsbruk av antipsykotika og arbeidsførhet er disse forskningsresultatene definitivt relevante.

## **Diagnostikk**

Diagnosemanualene ICD og DSM definerer et stort antall psykiatriske diagnoser som kan stilles på grunnlag av et minimumsantall observerte symptomer. Diagnostisering som grunnlag for behandling i psykisk helsevern skal skje i henhold til ICD-10, men likheten med DSM-IV er så stor at diagnoser i DSM-IV lett lar seg oversette til ICD-10-koder. I 2013 utga den amerikanske psykiaterforeningen (APA) DSM-V. WHO utgir ICD-11 i 2017.

Robert Whitaker hevder at APA i 1980 var pådriveren for at DSM-III skulle bli en medisinsk modell for diagnostisering av psykiske lidelser; ikke fordi det var vitenskapelig dekning for å introdusere en slik modell, men fordi APA ønsket å heve psykiatriens status. En medisinsk modell kunne også inkludere hypotesen om at psykiske lidelser er et resultat av kjemiske ubalanser i hjernen, i forventning om at videre hjerneforskning snart skulle føre til verifisering av hypotesen. Koblingen mellom hjernesvikt og kjemisk ubalanse har for mange fagfolk vært spesielt sterk i forbindelse med alvorlige sinnslidelser. Å bruke medikamenter for å gjenopprette en kjemisk ubalanse har lenge framstått som en god idé både for LMI, behandlere, pasienter og pårørende.

I 2011 skrev direktør for National Institute of Mental Health (NIMH), Thomas Insel, følgende på sin blogg:

While the neuroscience discoveries are coming fast and furious, one thing we can say already is that earlier notions of mental disorders as chemical imbalances or as social constructs are beginning to look antiquated.

Mange av verdens mest framtreddende fagpersoner anser altså hypotesen om kjemisk ubalanse som utdatert. Vedrørende «social constructs» sikter Insel trolig til den kjente psykiateren Thomas Szasz, som hevdet at sykdom i vanlig medisinsk forstand handler om noe folk «har», ikke om hva folk «gjør». I 2015 handler psykiatriske diagnoser fortsatt om klassifisering av atferd, ikke om biologiske markører.

Artikkelen «*On being sane in insane places*», skrevet av psykologen David Rosenhan (*Science*, 1973), viser hvordan 8 pseudopasienter fikk innleggelse på ulike døgnavdelinger i USA etter å ha simulert hørselshallusinasjoner. Dagen etter innleggelsen sa alle forsøkspersonene at de ikke hørte stemmer lenger og ba om utskrivning. Ved utskrivning etter gjennomsnittlig 19 dagers oppbevaring og simulering av pilleinntak, hadde 7 av 8 fått diagnosen schizofreni i remisjon. Betingelsen for utskrivelse var at det ble lovet å fortsette medisinbruken. Undersøkelsen framstår som en god illustrasjon av hvordan en diagnose kan bli styrende for behandleres oppfatning av pasienters psykofarmakabehov, uavhengig av pasientenes faktiske atferd.

NIMH ved Thomas Insel hevder også at DSM-diagnosene generelt har lav validitet og høy reliabilitet. I 2013 ble det gjort en undersøkelse av reliabiliteten ved en rekke DSM-5-diagnoser. Blant diagnosene med lavest reliabilitet var «Major Depression», hvor man fant en interrater-reliabilitet så lav som 0,28. Dette virker umiddelbart merkelig i lys av at depresjon er den vanligste av alle psykiatriske diagnoser. Depresjonssymptomer er imidlertid indikasjoner på stor grad av stress eller ubehag («dis-ease») og kan være til stede ved mange slags psykiske plager. Da kan ulike intervjuere komme til å gi de samme symptomene ulik betydning og dermed plassering i ulike kategorier.

Dersom en pasient i minst 2 uker har kjent seg deprimert (hovedkriterium i ICD-10 og DSM-IV) i kombinasjon med søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker, appetittforstyrrelser, skyldfølelse, pessimisme og selvdevaluering (6 tilleggskriterier), er sjansen stor for at ICD-10-diagnosen blir «Alvorlig depresjon». Da skal pasienten ut fra Helsedirektoratets retningslinjer for depresjonsbehandling tilbys antidepressiver. I praksis er foreskrivning av antidepressiver ikke begrenset til «Alvorlig depresjon». I henvisningene til psykiatriske poliklinikker er det mange eksempler på at diagnoser med innslag av depresjonssymptomer allerede har utløst resept på antidepressiver.

I artikkelen *ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer* (TNPF, 2015, nr. 4) skriver Bjørn Reigstad og Siv Kvernmo at unge med ADHD-symptomer mer enn dobbelt så ofte har opplevd belastende livshendelser som unge uten slike symptomer. Likevel blir barn som henvises til utredning og behandling for ADHD, sjelden spurt om de har hatt traumatiske erfaringer. Slike forsømmelser gir stor sannsynlighet for psykofarmakabruk i form av sentralstimulerende midler. I en del tilfeller er det grunn til å tro at traumebehandling er et mer egnet tiltak. Risikoen for slik feilbehandling øker dersom diagnostikken kun handler om symptomtelling og symptomsortering.

Psykiater og professor Allen Frances ledet arbeidsgruppen som laget DSM-IV. Hans siste bok heter *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric*

*Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life (2013)*. Boka er et oppgjør med DSM-5 og det han kaller en diagnostisk inflasjon der normale reaksjoner på vanlige livsbelastninger blir sykelliggjort for deretter å gi grunnlag for markedsføring av medikamentelle tiltak. Han hevder også at en ukritisk bruk av DSM-IV og DSM-5 i løpet av få år har medført en kunstig høy forekomst av diagnosene bipolar lidelse, ADHD og autisme, og en tilsvarende eksplosjon i salget av psykofarmaka. Diagnoseforekomsten har økt spesielt for barn som får diagnosen bipolar lidelse selv om de aldri har hatt alvorlige humørsvingninger.

Reddes psykiatrien ved å redde normaliteten, slik Frances håper? Frances har sikkert rett i at mindre sykelligjøring gir mindre skadelig bruk av psykofarmaka, men det er ikke sikkert at mindre overdiagnostisering beskytter mot stigmatisering og selvoppfyllende profetier om kronisitet for de som faller utenfor normalen – uansett hvor skillet mellom normalitet og sykdom plasseres. For pasienter som av ulike grunner ønsker å bruke psykofarmaka i forbindelse med psykiske plager, er ikke alltid forsikringer om normalitet og forståelighet tilstrekkelig som beroligende tiltak. Så lenge det finnes psykofarmaka som både forventes og erfares å lindre smerte, er det også forståelig at slike medikamenter etterspørres og foreskrives, som regel legitimert ved en psykiatrisk diagnose.

## **Behandlingsfilosofi**

Symptomer på psykisk lidelse bør alltid gis betydning utover å være elementer i en diagnosedefinisjon. Symptomforståelse involverer utforskning av bl.a. relasjonelle, sosioøkonomiske og biologiske kontekster for de aktuelle symptomene. I tillegg kommer en vurdering av pasientens sårbarhet i betydningen psykisk struktur og evne til affektregulering. Dette handler blant annet om hva pasienten tenker om sine symptomer og sin tilgang på selvhelbredende krefter. I den grad behandlerens ambisjon er hjelp til selvhjelp, tas for øvrig pasientens tanker om psykofarmaka hensyn til enten det dreier seg om at pasienten vil starte, bytte, øke, redusere eller avslutte medisiner.

Allmennleger står for ca. 80 prosent av all foreskriving av psykofarmaka i USA. Det antas en tilsvarende prosent i Norge. Foreskrivningsvett innebærer å skille mellom foreskrivningsrett og foreskrivningsplikt; diagnosebasert foreskrivningsplikt blir ikke nødvendigvis rett medisin for rett person til rett tid. Psykologer er en heterogen gruppe når det gjelder holdninger til psykofarmakabruk, men selv om en del psykologer er raskt ute med å anbefale medisiner, tror jeg det er få psykologer som ønsker seg foreskrivningsrett. Med utgangspunkt i antakelsen om at det er altfor mange pasienter som får altfor mye medisiner altfor lenge, ser jeg ingen gode grunner til at også psykologer skal ha denne retten.

Hverdagsmestring er like viktig som fravær av symptomer. Marit Borgs artikkel *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser (TNPF, 2009, nr. 5)* gir eksempler på dette. Følgende sitat fra artikkelen nevnes

som en kommentar til de svært oppsiktsvekkende funnene som ble gjort i livsløpsundersøkelsene omtalt i første avsnitt av mitt debattinnlegg:

Noe av det mest sentrale i historiene er betydningen av å bli møtt som et menneske med ressurser, ferdigheter, kunnskaper og mot, og med forventninger om at de kan jobbe for å komme seg videre i livet.

I terapirommet blir oppfordringer om ubetinget selvaksept som regel møtt med betydelig skepsis hos pasienten i starten av behandlingen. Selvaksept er for de fleste menneskers vedkommende basert på en lang rekke betingelser etablert gjennom diverse sosialiseringprosesser. Frykten for ikke å være god nok har mange ansikter, fra det underkastende og selvutslettende til det aggressive og autoritære. Uansett grad av psykisk smerte må alle mennesker våge å eksponere noe av sin sårbarhet og usikkerhet, og forhåpentligvis fortsatt erfare sosial tilhørighet. Ofte er det å gå i retning av ubetinget selvaksept en tidkrevende prosess som involverer ulike hjelpere, men det er en retning som alltid gir mindre psykisk lidelse.\*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 8, 2015, side*

**TEKST**

**Arvid Strand**, avtalespesialist, Oslo

**ILLUSTRASJON**

**Åshild Irgens**