

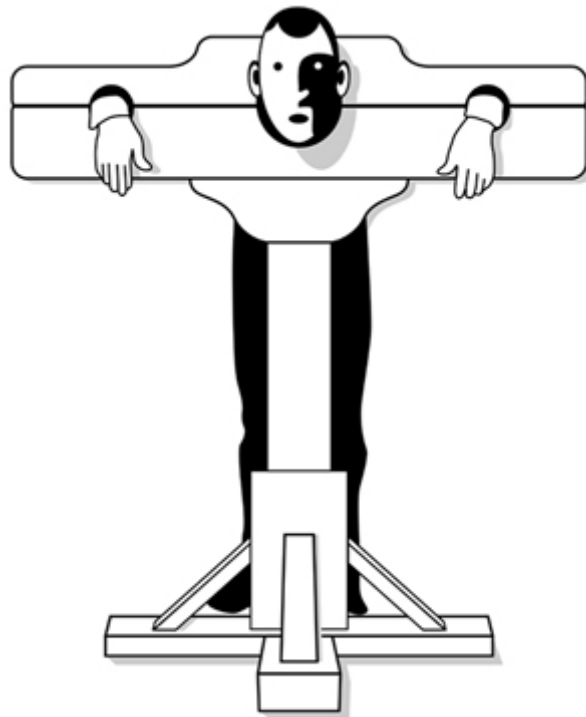
Hva skal vi med diagnosene?

Den medisinske modellen har gjort sitt inntog igjen. Diagnosene blir satt - ofte uten en gjensidig drøfting og refleksjon med den det gjelder.

TEKST

Åsne Tveito

PUBLISERT 5. oktober 2012



UTPEKT: Et stort problem for brukerne er at mange psykiatriske diagnoser lett virker krenkende og stigmatiserende, skriver

Åsne Tveito.

Illustrasjon: YAY Micro

DEBATT : DIAGNOSER

Jeg fikk behov for å komme med noen refleksjoner i etterkant av et møte på Litteraturhuset 22.august, der panelet besto av to «brukere», Ingunn Øye og Mette Ellingsdalen, og to fagpersoner, barnelege Charlotte Lunde og psykolog Andreas Høstmælingen fra Psykologforeningen.

Det som kom fram fra brukerne og brukerorganisasjonene, var at mange hadde opplevd å få svært mange ulike psykiatriske diagnoser, den ene i panelet hadde fått 19 ulike diagnoser over en lengre tidsperiode. Det sier seg selv at dette må bero på dårlig funderte vurderinger og på feiltolkninger, også fordi mange av disse diagnosene nødvendigvis utelukker hverandre. Det er nærliggende å vise til Breivik-saken, som forteller både om feiltolkninger og om hvor mye usikkerhet og skjønn som er knyttet til fastsettelse av en diagnose.

«Det burde være slik at en diagnose blir framsatt som en hypotese, eller et forslag til brukeren, og at det aldri skrives en epikrise som ikke er nøye gjennomgått med den det gjelder»

Ingen sannhet

Vi vet at de diagnostiske manualene DSM-IV (USA) og ICD -10 (Europa) har gjennomgått vesentlige endringer i årenes løp. Det er ingen *sannhet* i disse diagnosene. Da ICD -10 kom, ble nevrosebegrepet erstattet med personlighetsforstyrrelser. I det nye DSM-5 vil rammene for en del diagnoser bli utvidet, for eksempel slik at flere kan bli diagnostisert som «bipolar» eller «deprimert». Temper-tantrum (sinne- anfall) skal visstnok bli en egen diagnosekategori for barn. Vi kan bare ane hva medikamentfirmaene vil kunne tjene på disse endringene.

Det synes helt klart at den medisinske modellen har gjort sitt inntog igjen – etter den anti-psykiatriske bølgen på 1970-tallet. Det som i økende grad må vike, er psykoanalytisk/ dynamisk teori og praksis. Vi står igjen med det som kan etterprøves empirisk.

Jeg kan vise til professor Kringlens innlegg i Klassekampen 28. august, der han uttaler at «det store behovet for sterkavdelinger etter 1980 ligger i tidsånden med politisk høyrestrømning, med satsing på biologisk psykiatri og klassifikasjon».

Brukeren tas ikke med

Et stort problem for brukerne er at mange psykiatriske diagnoser lett virker krenkende og stigmatiserende. Det er som om diagnosene i seg selv kan forverre tilstanden. Og noe av grunnen er vel at diagnosene blir satt – ofte uten en gjensidig drøfting og refleksjon med den det gjelder. En bør tenke på at mange brukere har mye kunnskap om psykiatriske diagnoser. I det minste burde det være slik at en diagnose blir framsatt som en hypotese, eller et forslag til brukeren, og at det aldri skrives en epikrise som ikke er nøye gjennomgått med den det gjelder.

Det er visstnok slik (ifølge Svenn Torgersen) at nyutdannede psykologer er sikrere og mer bastante i sin diagnostiske bruk enn mer erfarne. Jo mer viten og erfaring vi får, desto mindre bastante blir vi – forhåpentligvis – i våre vurderinger. Vi blir mer ydmyke, og desto vanskeligere blir det å stille diagnoser.

Jeg er svært opptatt av at vi psykologer tar brukernes synspunkter på alvor hele veien. Brukerne selv sier at de ikke liker ordet «brukermedvirkning». De vil være i sentrum for behandlingen og ha terapeuten som samarbeidspartner. Selv finner jeg ikke gode nok begreper, jeg har valgt å holde meg til «klient» helt siden jeg var sosionom i psykiatrien (uten hvit frakk) på 1970-tallet. Og når vi trenger diagnoser, bør de stilles og brukes med varsomhet og respekt.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 10, 2012, side

TEKST

Åsne Tveito, privatpraktiserende psykolog