

Flere og gale diagnoser med kriteriebasert diagnostikk

Psykiatriske diagnoser er i stor grad basert på standardiserte skjemaer som diagnostiske verktøy. Skjema-bruken forenkler bildet av en kompleks virkelighet og fører til overdiagnostisering.

Psykiatrien strever med å forsvare sin plass som medisinsk spesialitet. I stedet for å akseptere at psykiatri og somatikk i sitt vesen er forskjellige, insisteres det på at psykiatrien er vitenskapelig fundert på samme måte som somatisk medisin. Et hovedpremiss er at utgangspunktet for all behandling skal være en såkalt korrekt diagnose.

Psykiatriske diagnoser er en oppramsing av symptomer som fagfolk synes det er rimelig å gruppere sammen. Historisk sett har psykiatriske diagnoser vært en blanding av synsing, teorier og fordommer. Å forsøke å definere hva som er *valid* i psykiatrisk diagnostikk, er et høyst usikkert prosjekt.

Det viktigste argumentet for våre dagers diagnostesystemer har vært ønsket om å lage et *reliabelt* system. For å få dette til anbefales kriteriebasert diagnostikk, se for eksempel de tre siste nasjonale faglige retningslinjene for psykiatri fra Helsedirektoratet (1–3). Behandler skal krysse ja eller nei på rubrikker i et skjema, eventuelt gradere symptomer på en numerisk skala. Diagnosen settes når en viss skår er oppnådd.

Forenklet beskrivelse

Det finnes en mengde slike skjemaer. Felles for dem alle er at de beskriver symptomer på en meget enkel måte. At psykisk lidelse innebærer kompliserte, diffuse, vanskelige verbaliserbare eller usynlige symptomer overses. Pasientens personlige historie vurderes mindre relevant.

Hørselshallusinasjoner kan være et hovedsymptom i en psykose. Hallusinasjoner lar seg naturlig nok ikke verifisere og er vanskelig å beskrive. Er det stemmer eller tanker eller noe midt imellom? Er stemmene inne i hodet eller kommer de utenfra? Er det virkelige personer som snakker? Er pasienten sikker eller i tvil? Det er ikke et diagnostisk krav at pasienten skal være overbevist om at hallusinasjonene representerer virkeligheten.

Fagfolk vil i praksis vurdere dette ulikt (4). Mange psykiatere – men slett ikke alle – vil mene at hvis personen er klar over at disse tankene/stemmene er noe som foregår inni hodet, har han ikke en realitetsbrist og er sannsynligvis ikke psykotisk. For en psykotisk pasient vil spørsmålet om han hører stemmer kunne være helt meningsløst. Selvfølgelig hører han stemmer – hvis han da ikke er døv. Så diffuse kan de mest grunnleggende diagnostiske begreper være.

Symptomer er ikke diagnoser

Selv om alle diagnosekriteriene er oppfylt, kan diagnosen være uriktig. Samme symp-

tom kan gjenfinnes i ulike sammenhenger og definere ulike diagnoser. Diagnosene endres, nye diagnoser kommer til og andre forsvinner – selv om vi må anta at virkeligheten forblir den samme. Noen hovedkategorier er det likevel hensiktsmessig å opprettholde. Det er av betydning å vite om personen er psykotisk eller ikke, selv om nytten av videre findiagnostikk kan diskuteres. Det er ikke av avgjørende betydning om diagnosen er paranoid psykose eller paranoid schizofreni, behandlingen vil i prinsippet være den samme. Men det er viktig å skille en primær psykotisk lidelse fra en tvangslidelse eller en dissosiativ lidelse. Dette er pasienter som krever ulik tilnærming, både psykoterapeutisk og medikamentelt.

Særlig når det gjelder psykosediagnosene kan konsekvensene av feildiagnostisering bli store. Å få en psykosediagnose tidlig i livet på feilaktig grunnlag kan være ødeleggende. Etter å ha vært en del år i dette faget har jeg dessverre sett slike tilfeller. Jeg kan ikke huske å ha lest én eneste retningslinje som nevner muligheten for falskt positive diagnoser som uheldige konsekvenser av å stole på kriteriebaserte diagnoseskjemaer.

Avkryssing fremfor vurdering

Enkle diagnostiske kriterier kan ha verdi i noen sammenhenger, for eksempel i forskning. All forskning innebærer forenkling. Problemet er at disse enkle avkryssings-skjemaene i økende grad blir oppfattet som å representerer en slags sannhet. Å utrede en pasient i psykiatrien i dag er i økende grad blitt ensbetydende med å krysse seg gjennom en mengde skjemaer, alle like enkle og alle med minst mulig rom for personlig skjønn. Den faglige og personlige vurderingen er nærmest blitt fraværende i psykiatrien – resultatet etter gjennomgang av et skjema eller to defineres som fasit.

Alle disse skjemaene gir mindre informasjon enn et klinisk intervju. Jeg mener de gir et forenklet og utilstrekkelig bilde av pasienten. Å stole på at de formidler sannheten kan forlede behandleren og være potensielt skadelig for pasienten.

Argumentet for å bruke disse diagnose-skjemaene er først og fremst å unngå å overse en diagnose som ikke ville blitt stilt på grunnlag av en klinisk vurdering. Dette fører til økt antall diagnoser, altså til overdiagnostisering. Det mest åpenbare eksemplet er Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI (5), som i sin tid ble utviklet som et triageverktøy for forsk-

ningsformål. Dette har tilsynelatende gått i glemmeboken.

MINI-skjemaet brukes i stor utstrekning som et diagnoseverktøy og er anbefalt av Helsedirektoratet, selv om Kunnskapssenteret peker på risikoen for å overdiagnostisere og ikke finner dokumentasjon på verken validitet eller reliabilitet (6, 7). Du skal ha et veldig problemfritt liv hvis du ikke passer inn under minst én diagnose etter å ha gjennomgått MINI-skjemaet.

Jeg mener psykiatrisk diagnostikk etter kriteriebaserte skjemaer fører til overdiagnostisering. Overdiagnostisering er feildiagnostisering.

Pål Gjerden

pal.gjerden@sthf.no

Pål Gjerden (f. 1956) er spesialist i psykiatri og overlege ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark.


Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Rus- og psykiatriske lidelser (IS-1948). Oslo: Helsedirektoratet, 2012. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser> (3.8.2015).
2. Bipolare lidinger (IS-1925). Oslo: Helsedirektoratet, 2012. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidinger> (3.8.2015).
3. Psykoselidelser (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet, 2013. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser> (3.8.2015).
4. Aboraya A, Rankin E, France C et al. The Reliability of Psychiatric Diagnosis Revisited: The Clinician's Guide to Improve the Reliability of Psychiatric Diagnosis. *Psychiatry* (Edgmont) 2006; 3: 41–50.
5. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 20): 22–33, quiz 34–57.
6. PsykTest M.I.N.I. Oslo: Kunnskapssenteret, 2012. <http://www.psyktest.no/954/m.i.n.i> (3.8.2015).
7. PsykTest M.I.N.I. Plus. Oslo: Kunnskapssenteret., 2012. <http://www.psyktest.no/935/m.i.n.i-plus> (3.8.2015).

Mottatt 23.6. 2015, første revisjon innsendt 9.7. 2015, godkjent 3.8. 2015. Redaktør: Lise Mørkved Helsingen.

Publisert først på nett.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no