

Psykatrikkritikk

«Vi snakkar om å gje folk behandling, men det vi gjer er å endra dei til noko meir sosialt akseptabelt»



Arne Olav L. Hageberg

Journalist og nettansvarleg i Psykologtidsskriftet

Tidsskriftet reiste til Storbritannia og fann ein motkultur. På austkanten av London møtte vi to frittalande fagutøvarar som står trygt i ein tradisjon med røter i R.D. Laing og sekstitalets akademisk funderte psykiatrikritikk.



PÅ FEIL SPOR: Psykiatrien bygger på to grunnleggande feilslutningar, meiner den britiske psykiateren Joanna Moncrieff: at psykiske lidingar er biologiske og at medisinane har kurerande effekt.

Foto: Arne Olav L. Hageberg

Ved eit lite skrivebord på eit utprega utriveleg kontor langt aust i London utfører psykiateren Joanna Moncrieff det eine karakterdrapet etter det andre. Offera er psykiatrien, dagens psykiske helsevern, diagnosesystemet og psykiatriske legemiddel.



Alle på piller

– Då eg begynte å studera psykiatri, blei eg slått av at heile systemet er totalt fokusert på medikamentell behandling. Alle er på piller, og alt som hender er anten på grunn av medikamenta, eller medikamenta er løysinga på det. Heile omsorgspraksisen er dominert av medikamentell behandling.

Mange held det som sikkert at medisinar mot depresjon har god verknad, at dei har sett det og veit det. Men Moncrieff hadde heilt frå starten problem med å sjå at desse medisinarne gjorde ein forskjell. Det fanst alltid ei alternativ forklaring. Endringa kunne alltid tilskrivast noko anna som hadde hendt i livet til pasienten.

– Eg byrja å grunna på dette med antidepressiv, og på andre medikament som tydeleg påverka folk, som litium og andre antipsykotiske medisinar, og prøvde å finna ut kva effekt dei faktisk hadde.

Dette var på starten av 1980-talet. Sidan den tid er diagnosar og medisin bare blitt meir einerådande innanfor psykiatrien, seier ho.

Grunnlagsproblem

Moncrieff sin kritikk går i korte trekk ut på at psykiatrien slik vi kjenner den, bygger på to føresetnader som er svært dårleg underbygd:

- 1 Psykiske plager og avvikande åtferd kjem av biologiske skadar
- 2 Biologiske intervensjonar kan reparera desse skadane

Dette er grunnlaget for at psykiatrien meiner seg best eigna til å takla galskap. I eit forsøk på å etterlikna alminneleg medisin freistar psykiatrien å skilja mellom ulike psykiatriske lidningar, som kvar og ei er antatt å ha sine særtrekk. I neste omgang presenterer psykiatrien behandlingar som blir hevda å vera treffsikkert retta inn mot kvar enkelt lidning. Men forskinga som finst, tydar på at forteljinga ikkje er så enkel, hevdar Moncrieff. Det er ikkje ført overtydande bevis for at menneske som blir samla i same psykiatrisk-diagnostiske kategori, deler sjukdom.

Ved schizofreni er til dømes avvikande hjernestrukturar påvist gjennom hjerneavbildning. Dette blir ofte halde fram som bevis for at lidinga skuldast ein biologisk defekt i hjernen. Men avvika som er funne, er verken universelle eller spesifikke, seier Moncrieff. Liknande avvik er påvist hos pasientar diagnostisert med PTSD, personlegdomsforstyrning og depresjon.

Det er velkjent at studiar har vist avvik ved dopaminreseptorar hjå personar med schizofreni, men desse resultatane har seinare vist seg å henga saman med at desse pasientane var behandla med antipsykotiske medisinar – som fører til endringar i dopaminreseptorane, hevdar den britiske psykiateren. Nyare forskning tydar på auke i dopaminnivået hos tidlegare ubehandla psykotiske pasientar, men desse studiane har ikkje inkludert pasientar med andre diagnosar eller kontrollert for andre faktorar som ein veit aukar dopaminaktiviteten i hjernen, seier Moncrieff.

Her er vi framme ved eit avgjerande punkt i argumentasjonen hennar: Endringar i hjernen hos personar med psykiske lidningar kan vera resultat av medisinarne dei har fått. Biologiske funn som blir

haldne fram som bevis for at psykiske lidningar kjem av feil i hjernen, kan altså vera biverknader og skadar av medikament. Og studiar der ein samanliknar ikkje-medikamentell terapi med «treatment as usual» (medisinar), kan bli øydelagde av at gruppa som får terapi, ikkje lenger får medisinane dei er vande med å få og difor slit med abstinensar – abstinensar som liknar symptoma som blir tilskrivne lidinga desse personane er meint å ha. Dei viktigaste biologiske forklaringane for psykiske lidningar (som dopaminteorien om schizofreni og monoaminteorien for depresjon) bygger sjølve på observasjonar av effekten av medisinar. Dei kan difor ikkje føra uavhengig bevis for den spesifikke verknaden av dei aktuelle medisinane, seier Moncrieff.



Sjukdomssentrert eller medikamentsentrert?

Den etablerte teorien om at medisinane verkar gjennom å korrigera eller delvis korrigera ein underliggende biologisk skade, kallar Moncrieff den sjukdomssentrerte modellen for legemiddeleffekten. Som ein motsats har ho introdusert termen «den medikamentsentrerte modellen», som har som utgangspunkt at psykiatriske medisinar verkar gjennom sjølve å framkalla avvik i hjernen.

Medikament har heilt sidan 1950-talet vore den primære biologiske intervensjonen i psykiatrien. Moderne medisinar har fått namn som skal gje inntrykk av at dei er spesifikt retta mot visse psykiatriske lidningar: antidepressive, antipsykotiske og stemningsstabiliserande. Men den sjukdomssentrerte ideen har aldri blitt skikkeleg etablert, seier Moncrieff.

– Eg skriv for tida ei bok om antipsykotiske medisinar. Eg meiner ikkje dei er veldig snille medisinar, men av og til kan dei vera ganske gode til å undertrykka psykotiske symptom. Og så kjem dei med ein stor bagasje med bieffektar som kan oppheva fordelane, men av og til kan dei altså vera til hjelp.

Ein roande effekt kan vera nyttig ved tilstandar som inneber akutt opphissing, noko som gjeld for mange psykiatriske tilstandar. Medisinar som gjer pasienten likeglad, kan vera nyttig ved akutt psykose, for å dempa belastinga ved å ha psykotiske tankar. Og låge dosar av stimulerande middel kan vera nyttige for å betra konsentrasjonen og merksemda på kort sikt. Men biverknadene ved varig bruk er ifølgje Moncrieff enorme. Menneske blir røva for personlegdomen sin, dei blir overvektige, sløve og sjuke. I verste fall fører medikamentbruken til ein altfor tidleg død.

I samanlikningar av lækjemiddel som er rekna som spesifikke (som antipsykotiske eller antidepressive medisinar) og ikkje-spesifikke lækjemiddel (som benzodiazepinar), har ein ifølgje Moncrieff ennå ikkje klart å påvisa at dei spesifikke medisinane verkar betre enn dei ikkjespesifikke. Det er jamvel ting som tydar på at effekten av medisinane ikkje ein gong er reservert for dei psykisk sjuke. Ifølgje den sjukdomssentrerte modellen skulle medisinane bare ha effekt på eit unormalt nervesystem, understrekar Moncrieff. Likevel viser studiar at ikkje-deprimerte frivillige som blir medisinerter, får karakteristiske effektar som samsvarar med pasientskildringar og biverknadsprofilar. Introduksjonen av nye spesifikke medisinar, til dømes SSRI -preparata som kom på 1990-talet, har heller ikkje betra prognosane ved alvorlege psykologiske lidningar.

Den medikamentsentrerte sjukdomsmodellen avviser ikkje at psykiske lidningar kan skuldast unormale tilhøve i hjernen. Men den problematiserer antakinga om at psykofarmaka reverserer delar av ein underliggende sjukdomsprosess. Bodskapen er enkel: Det psykiatrien driv med i dag, er truleg symptomlindring med svært store biverknader.

Politiske investeringar



Den psykiatriske institusjonen har investert massivt i sjukdomsmodellen. Og det er også politiske investeringar i den. Dette er det mest problematiske.

– Profesjonen er ikkje så veldig mektig, men politikarar og styresmakter ønskjer å sjå dette som ei lidning, for det vil seia at det finst ei enkel løysing. Om dei vedkjente seg at dette ikkje er ei lidning, men eit anna slags problem, trur eg det ville opna opp alle slags ulike utfordringar som det politiske systemet eigentleg ikkje vil ta tak i.

Påtrykket mot å medikamentalisera det psykiatriske systemet og psykisk helse- lovgjevinga kom ifølgje Moncrieff opphavleg ikkje frå psykiatrane. Det kom frå styresmaktene.

– Dei var mykje meir optimistiske enn psykiaterane dei spurte til råds. Det var nesten ei attrå etter å sjå ting på denne forenkla måten, og til å tru at det fanst ei fin medisinsk forklaring på svært komplekse sosiale problem som antisosial oppførsel, avhengigheit, stress og slike ting.

Sosial kontroll

Då medisinerane kom, blei psykiaterane ifølgje Moncrieff i stand til å lata som om tvangsbehandling var terapeutisk behandling, og til å snakka om det som om det var ein medisinsk intervensjon.

– *Men det er ei reell utfordring at menneske opplever psykotiske episodar og kan vera farlege og ha det vondt. Kva skal ein gjera?*

– Dette er eit spørsmål om sosial kontroll, og det bør sjåast som eit spørsmål om sosial kontroll. Vi må vera ærlege om det. Eg synest ikkje tvangsbehandling og medisinering av psykisk sjuke skal skje, men av og til må det skje. Men vi må slutta å lata som om det er medisinsk behandling.

– *Burde politiet gjera det i staden?*

– Det er eit godt spørsmål.

– *Det er eit filosofisk spørsmål.*

– Ja. Eg synest det skulle finnast eit juridisk rammeverk rundt det. Om nokon blir røva for fridomen sin, bør det bli grundig juridisk undersøkt – når det skjer, eller raskt etterpå. No har vi eit system der den juridiske undersøkinga kjem ei stund etter at folk er blitt tvangsbehandla, men ikkje i det dei blir innlagde.

I tillegg bygger – også det juridiske systemet på sjukdomsmodellen, med sin føresetnad om at det handlar om underliggende sjukdomar som vi er i stand til å behandla. Men dette veit vi ifølgje Moncrieff altså ikkje.

– Det vi gjer, er å undertrykka menneske. Og difor må vi ha eit underliggende juridisk rammeverk som ikkje lèt som om vi behandlar lidningar, og som anerkjenner at det vi gjer, er å kontrollera menneske som oppfører seg på måtar vi ikkje liker.

– *Dette er ganske knusande for det mange har bygd livet sitt på. Kva for reaksjonar får du?*

– Ei vanleg erfaring er at dei ganske enkelt ikkje tar poenget. Antakinga om at vi har å gjera med sjukdomar i hjernen er så grunnfesta at mange ikkje er i stand til å innsjå at den kan vera feil.

No og då møter ho likevel nokon som konfronterer henne og er tydeleg uroa og fornærma av det ho står for. Som ein lege ho skulle arbeida saman med på eit kontor i nærleiken. Han hadde lese teoriane hennar før dei møttest, og hadde ifølgje Moncrieff bestemt seg for at det ho sa, var veldig farlig, og at ho ikkje burde få lov til å hevda det. Dei stadige konfrontasjonane tok sånn på at ho måtte byta arbeidsstad.

– Det var veldig ubehageleg. Så den reaksjonen finst absolutt, seier Moncrieff.

Paradigmeskifte



Ved University of East London sin campus i Stratford møter vi psykologen Dave Harper. For 20 år sidan hadde han professor Richard P. Bentall ved universitetet i Manchester som rettleiar på doktorgraden sin. Dette er den same Bentall som var gjesteredaktør for den internasjonalt orienterte temautgåva av *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* i mai 2007: *Towards a new understanding of psychosis*. Der varsla han eit paradigmeskifte i synet på psykosar:

Our understanding of the psychotic disorders is undergoing a remarkable transformation. Twenty years ago, it was widely accepted that diagnoses such as «schizophrenia» and «bipolar disorder» identified a series of discrete conditions which were mainly caused by genetically-determined neurocognitive dysfunction, and which were resistant to psychological intervention. Of course, this view is still held by many psychiatrists, but a critical mass of conceptual arguments and empirical findings now challenge the conventional account of psychosis, and promise to bring about a paradigm shift.

Til den unge Dave Harper snakka Bentall om korleis det var rart at psykologiske lærebøker alltid starta med ein diagnose.

– Dette er totalt ulikt alt anna vi gjer i psykologien, seier Harper.

– Dette er eit spørsmål om sosial kontroll, og det bør sjåast som eit spørsmål om sosial kontroll. Vi må slutta å lata som om det er medisinsk behandling

Joanna Moncrieff

– Elles byrjar vi jo alltid med eit fenomen, ei slags oppleving eller forståing, utan ein tung konseptuell bagasje, og likevel – på dette eine feltet av psykologien ser vi ut til å akseptera antakingane frå eit anna felt fullt og heilt, nemleg det kategoriske diagnosesystemet som psykologien ikkje har spela noka rolle som helst i utviklinga av.

Dave Harper meiner den i utgangspunktet gode utviklinga mot meir evidensbasert praksis har ein del av ansvaret for at dei diagnostiske systema har ein sterkare posisjon i dag enn nokon gong før. Fordi tidsskrifta behandlar diagnosar som om dei finst, og stiller spørsmål ved folk som ikkje overtek denne tilnærminga, blir det ein sjølvoppfyllande profeti. Tidsskrifta vil bare publisera ting som møter deira eige diagnostiske kriterium. Derfor utfører forskarar randomiserte og kontrollerte studiar basert på desse kriteria, sjølv om nokon av dei som utfører denne forkinga, er klare over at diagnosane er fulle av hol. Slik blir ein vond sirkel til. Sjølv National Institute for Health and Clinical Excellence sine rettleiarar, som har svært stor påverknad, inneheld forord der ein peikar på problema med det diagnostiske systemet, og like fullt held alle fram med å bruka det.

– Det er veldig frustrerende, sukker han.

Vi spør Joanna Moncrieff om kva ho veit om gjennomslaget til eigne teoriar og forskning.

– Eg får mykje merksemd frå tenestebukarar, psykologar – eit slags samfunn av kritisk innstilte psykisk helse-arbeidarar. Men det er lite offisiell interesse frå psykiatrien, her eller nokon annan stad. Eg held mange foredrag for psykiaterar, og det er absolutt mange alminneleg arbeidande psykiaterar som er einige med meg, og som finn ideane mine nyttige.

Ho kan nemna ei heil rekke medarbeidarar i stiftinga ho jobbar for her i bydelen Romford i Havering Borough som deler synspunkta hennar.

– Ikkje nødvendigvis fordi eg har påverka dei, for eg prøver å ikkje snakka for mykje om det akademiske arbeidet mitt her. Men det ser ikkje ut til å filtrerast opp til det som kjem inn i tidsskrifta, blir publisert og blir offisielt godkjent.



Ein tsunami av pengar

Moncrieff siterer ein kollega som kalla det ein tsunami av pengar og påverknad frå legemiddelfirma.

– Det er ein ganske merkeleg situasjon for tida. Det har vore ei mengd med kritikk mot legemiddelindustrien, og konferansar har rydda opp i politikken sin. Det er ikkje som for fem år sidan, då industrien var overalt. Men eg veit at kollegane mine held fram med å møta representantar for legemiddelindustrien og føreskriva det dei anbefalar. Og industrien held fram med studiar som får stor merksemd og påverknad.

Som døme fortel Moncrieff kva som i 2009 skjedde med Seroquel, eit opphavleg antipsykotisk stoff seld under det medisinske namnet Quetiapin. Legemiddelfirmaet AstraZeneca har openbart vore desperate etter å utvida marknaden for denne medisinen, meiner ho.

– Dei søkte etter ein lisens i USA for også å nytta det mot angst og depresjon, men denne blei avvist. Men dei har gjort ei rekke studiar som har vist at Quetiapin var ørlite betre enn placebo – vi kan visa at alt er litt betre enn placebo ved depresjon, etter mi meining, så det betyr ingen ting. Til slutt fekk dei lov til å anbefala Quetiapin som ein *second line treatment*, noko ein kan bruka på pasientar som har vore på ein medisin som ikkje har verka. Bingo! Ein enorm marknad opna seg. Men som vi veit, er det mange som ikkje blir betre av medikament mot depresjon. AstraZeneca visste altså at det var ein marknad der ute – dei fekk pengar til å utføra dei rette studiane – vi veit at det er negative forsøk på Quetiapin ved schizofreni som dei underrapporterte. Kan henda var det også det ved depresjon, utan at det er kjent. Men uansett var forskjellen mellom Quetiapin og placebo ørsmå. På basis av desse lukkast dei likevel til slutt med å overtyda helsestyresmaktene om at dei skulle få ein form for lisens til bruk ved depresjon. Slike strategiar er det veldig vanskelege å stoppa utan å ha pengar.

Også den norske Felleskatalogen held fram at Seroquel Depot kan brukast ved både schizofreni, bipolar lidning og som tilleggsbehandling av depressive episodar hos «pasientar med unipolar depresjon som har hatt suboptimal respons på antidepressiv monoterapi.»

Daglig leiar i AstraZeneca Norge, Bjarne Johnson, viser til ein uavhengig studie frå 2006 som viste at heile 60 prosent av pasientane med alvorleg depresjon ikkje hadde tilstrekkeleg effekt av tradisjonell antidepressiv behandling.

– Vi har over fleire tiår jobba saman med forskarar over heile verda for å koma fram til nye behandlingsmetodar som kan hjelpa pasientar til å få eit betre liv, seier Johnson, og fortel at alle studiane dei er involverte i er fritt tilgjengelege på clinicaltrials.gov.

Studiane av Seroquel Depot brukt på pasientar med alvorleg depresjon viser at denne behandlinga er effektiv når den blir gjeven som tilleggsbehandling til tradisjonell behandling (Bauer et al. 2010), understrekar Johnson. Han peikar også på at studiane er nøye vurderte av amerikanske, europeiske og norske myndigheiter.

– På lik linje med alle andre studiar som ligg til grunn for godkjenning av medisinar.

Kritisk tradisjon



Kan Moncrieff bekrefte inntrykket vi sit med av at det finst ein lang og ubrotten tradisjon i Storbritannia for kritisk psykiatri og psykologi?

– Ja, det gjer det. Vi hadde sjølv sagt R.D. Laing (sjå eigen boks) og andre på 1960-talet. Eg veit ikkje så mykje om den psykologiske tradisjonen, men det som er sikkert, er at det er mange psykologar i dag med ei kritisk innstilling. Og vi har hatt ein ganske sterk sosialpsykiatrisk tradisjon her. Sosialpsykiatri er ikkje nødvendigvis kritisk, men den ser på psykisk helse på ein annan måte. Slik blir den implisitt kritisk til det dominerande biologiske rammeverket. Det er også ganske mange markerte akademiske sosialpsykiatrar, som Peter Tyrer, som er redaktør for *British Journal of Psychiatry*. Det er litt som med psykoanalysen i USA. Dei utfordrar ikkje hovudelva i faget, men dei gjer noko som er litt på sida av mainstream biologisk orientert psykiatri.

Dave Harper peikar på at lærebøker i abnormal psykologi fortel historia som om kritikken av psykiatriske diagnoser enda med antipsykiatrien på slutten av 1960-talet – som om alle dei debattane no er døydd ut og at ideane er gamaldagse.

– Dette gjer dei utan intellektuelt å møte argumenta som blei hevda og poenga som blei sette fram. Det blir avvist som den tidas kjepphestar, men at no har biologien funne ut av alt. Men kritikken av tradisjonell psykiatri og diagnoser, frå kritiske psykiatrar, kliniske psykologar og brukargrupper, har vore der heile tida.

Verken valid eller reliabelt

I psykologien har aukande sjølvstende vore viktig for framvoksteren av dei kritiske røystene. Britiske kliniske psykologar fekk større fagleg råderett og meir makt innanfor psykisk helsevern gjennom 1980- og 1990-talet. Lausrivinga frå psykiatrien førte til at kliniske psykologar fekk større sjølvtrillit og tenkte «vi kan gjera meir enn bare å diagnostisera, vi kan gje folk terapi». Samstundes byrja fagfolk å publisera humanistisk basert forskning som ikkje bare var kritiske til den psykiatriske diagnosemodellen på eit filosofisk eller moralsk grunnlag, men også empirisk, ved å visa at dette systemet verken er reliabelt eller valid, seier Dave Harper.

– Trass i mange år med forskning som viser den dårlege reliabiliteten og validiteten til psykiatriske diagnoser, held systemet fram. Folk trur at DSM-III rydda opp og at DSM-IV rydda opp, men det er framleis enorme problem med validitet, og betydelege problem med reliabilitet, knytt til mange diagnostiske kategoriar. Kvifor ignorerer folk dette? Tidsskrift med høg impact factor behandlar framleis desse kategoriane som om dei er sanne.



KONTROLL : Daglig leiar i legemiddelfirmaet AztraZeneca si noregsavdeling, Bjarne Johnson, peikar på at alle studiane dei er involverte i er nøye vurderte av offentlege myndigheiter.

Foto: AztraZeneca

Urovekkande utvikling

Moncrieff har sett ei urovekkande utvikling frå då ho var medisinstudent tidleg på 1980-talet og til i dag. Før var det ikkje nok berre å gje ein diagnose. Ein formulerte også med eigne ord kva som var problema til den du skulle behandla. Ideen kom frå psykoanalysen, men fråsegna var ikkje psykoanalytisk. Den var generell og sa noko om kva faktorar som var viktige for den einskilde personen du hadde framom deg, fortel ho.

– Det kunne vera at vedkomande var nyskilt, at han hørte stemmer, ei familiehistorie med schizofreni.

Dette har heilt forsvunne, seier ho. No går behandlaren rett til diagnosen. Det som er viktig, er å finna ein merkelapp, basert på korleis vedkomande opplever at pasienten sin situasjon samsvarar med diagnosekriteria.

– Vi behandlar ikkje lenger enkeltmenneske, vi behandlar merkelappar, seier Moncrieff.

– Hadde psykiske lidingar vore biologisk funderte, så hadde dette vore heilt greitt. Om du har skrumplever, så betyr det ikkje noko om du er nyskilt, eller har hatt eit godt eller dårlig liv – behandlinga er den same. Men når det gjeld mental helse, så er ikkje dette nok, fordi kvart menneske er så individuelt.

Ho trur dessutan det er ekstra vanskeleg for profesjonen å gje opp sjukdomsmodellen no når alle kjenner seg veldig usikre på grunn av den ustabile økonomiske situasjonen.

Alternativ til diagnoser

Ei vanleg innvending når ein kritiserer det diagnostiske systemet, er at det ikkje finst alternativ, seier Dave Harper.

– Det er bare tull! Det finst mengder av alternativ, folk vil bare ikkje høyra på dei.

Han er sjølv involvert i ei bok basert på arbeidet med eit slikt alternativ system, og peikar på psykologiske formuleringar i form av terapeutiske intervensjonar som høgst gyldige.



– Folk seier at vi treng diagnosar for å kommunisera. Men når eg møter ein person som har fått diagnosen schizofreni, så spør eg alltid: kva opplever han, kva er symptoma? Veit eg ikkje det, så fortel diagnosen meg ingenting. Personen kan høyra stemmer og hallusinera, eller ha vrangførestellingar, ein kombinasjon av begge, eller ingen av delane. Dei diagnostiske kategoriane overfører ingen informasjon, du må alltid stilla fleire spørsmål. Så kva skal vi med dei? Kvifor ikkje starta med ei strukturert psykologisk formulering? Slike formuleringar harmonerer også godt med dei dimensjonale modellane som psykologar kjenner godt frå andre delar av faget.



📄 Tidsskrift for Norsk psykologforening
IGNORERT FORSKING: – Trass i mange år med forskning som viser den dårlige reliabiliteten og validiteten til psykiatriske diagnoser, held systemet fram. Kvifor ignorerer folk dette? undrar psykologen Dave Harper ved University og East London.

Foto: Arne Olav L. Høegberg

Dave Harper fortel at den britiske psykologforeininga (British Psychological Society, BPS) ved fleire høve har kome med kritikk av diagnosesystemet for psykiske lidningar, sist no i vår, kritikk som handlar om nett den dårlege validiteten og reliabiliteten og behovet for eit alternativ. Men samstundes er det mange innanfor den kliniske psykologien i Storbritannia som ser ut til å bruka psykiatriske diagnosar utan motstand.



I samband med den pågåande revisjonen av diagnosemanualen ICD -10 tok eit utval av norske psykologar i 2010 del i ei global undersøking om bruk og haldningar til klassifisering av mentale lidningar. Resultata viser at norske psykologar er mykje meir involvert i diagnostisering enn internasjonale kollegar, skriv presidenten i Norsk Psykologforening, Tor Levin Hofgaard, her i Tidsskriftet i november:

Undersøkelsen bekrefter på flere måter at norske psykologer skiller seg fra kolleger globalt. Blant annet svarer 64 prosent av norske psykologer at de er godt kjent med ICD -10, mens tilsvarende tall internasjonalt er 10,8 prosent. En av fire sier at psykisk sykdom er kategoriske størrelser, mens fagfeltet er delt på midten når det gjelder spørsmålet om depresjon bør diagnostiseres ved dramatiske, negative livshendelser. Noen vil kanskje mene det er grunn til å stoppe opp, og reflektere over hva som skjer med psykologprofesjonen, når hele 17 prosent av norske psykologer mener at vurdering av funksjonsevne ikke bør være med i diagnostikk? Og når 25 prosent av norske psykologer ser på psykiske lidelser som sykdom etter den klassiske medisinske modellen. [...] Etter denne undersøkelsen kan man påstå at revisjonen av ICD -10 vil bety mye for den norske befolkningen. Manualen brukes i svært stor grad. Og psykologene er helt sentrale i dette arbeidet. Hele 99 prosent av norske psykologer svarer at de er ansvarlige for å sette diagnoser.

Gode konsumentar

Vi siterer for Joanna Moncrieff noko ho har sagt i eit tidlegare intervju:

Popping pills to solve your problems is a perfect consumerist activity, and it helps keep people so worried that they don't have time to challenge the system. Accepting life's ups and downs is not a good recipe for keeping people working their guts out to buy more stuff. (*Education News* 7. august 2008)

- Har eg sagt det? ler ho.
- Ja, du er sitert slik. Er du einig med deg sjølv?
- Ja, ja absolutt! Eg prøvde truleg å beskriva korleis det politiske systemet har trekt i same retning for å gje ei stor mengd med menneske merkelappen «psykisk sjuk».
- Meiner du at det ligg ein medviten konspirasjon bak systemet?
- Nei, eg trur ikkje noko er gjort med vilje eller med forståing for kva ein har utretta. Men det har ganske enkelt tent politikanane sine interesser i mange år å lata folk bli merkte som psykisk sjuke, i staden for å måtta ta tak i det høge talet på arbeidslause og vaksne som er avhengige av hjelp.

David Harper refererer ein amerikansk studie som konkluderer med at 15 prosent av befolkninga har ei personlegdomsforstyring.

– Dei diagnostiske kategoriane overfører ingen informasjon, du må alltid stilla fleire spørsmål. Så kva skal vi med dei?



David Harper

– Om dette er tilfellet, så er det ein normal del av kvardagen, ikkje ei liding, seier han.
– Å kalla det ei liding er å sjukleggjera folk. 15 prosent av 314 millionar innbyggjarar i USA , det er veldig mange menneske (ca. 47 millionar, red anm.), mange fleire enn vi bør ta oss av i helsesystemet.

Han motset seg ikkje at slike opplevingar er veldig alminnelege. Men ideen om at det er ei liding som ligg under, er djupt problematisk, seier han, ikkje minst når det gjeld personlegdomsforstyrningar.

– Den inneheld så mange ulike opplevingar, til og med fleire enn schizofreni. I den eine enden finn du kvinner som er blitt seksuelt misbrukte og freistar å takla veldig sterke kjensler gjennom til dømes sjølvskading. I den andre enden finn ein valdelege psykopatiske menn som bankar opp folk utan å bry seg om det. Det er ikkje den same lidinga! Det er totalt ulik åtferd med heilt ulike prosessar.

For Dave Harper er ikkje diagnosar bare ein nøytral unyttig ting. Han meiner dei aktivt hindrar forskning. Å hevda at svært ulike fenomen er det same, skapar problem for forskinga. Og likeeins det å kategorisera to like ting bort frå kvarandre. Komorbiditeten mellom dei angjeveleg ulike lidingane angst og depresjon er til dømes meir enn 50 prosent.

- Om du har så stor overlapping, så er det på ein måte det same, smilar Harper.
- Det er i alle fall verdt å undersøka om det ikkje er det.

Det ideelle systemet

Joanna Moncrieff ser også mange problem med psykologien, men meiner den i praksis tilbyr eit alternativ til medikamentell behandling.

- Om psykiatrien endrar seg slik du vil den skal, vil psykologien då missa eksistensgrunnlaget sitt?
- Truleg ville vel også psykiatrien det då, smilar Moncrieff.
- Eg tenker ganske mykje på dette, og så prøver eg å ikkje tenka på det. Det ideelle systemet for psykisk helse ville ikkje bli drive av medisinske ekspertar, men ein ville behøva medisinsk ekspertise, for medikamentell behandling har ei viss rolle. Og eg meiner at folka som føreskriv medisinar, bør vera mykje betre informerte om produkta vi føreskriv. Så det er ei rolle for farmakologisk kunnskap, men det er samstundes viktig å ikkje sjå det som ein vitskapleg eller medisinsk aktivitet. Vi må innsjå at det handlar om folk og åtferd.
- Så det vil vera ein jobb for psykiatriske sjukepleiarar, eller ...?
- Sjukepleiarar er veldig medisinsk orienterte, så nei. Vi treng ein ny profesjon. Om eg skulle ha ansvar for opplæringa, så ville eg ha bygd den opp av filosofi, politikk, sosiologi, litt litteratur og musikk
- det er der vi lærer om psykisk uhelse, gjennom kunst. Nokre av dei beste skildringane finst i litteratur og filmar.

Befolkninga i støypeskeia

Moncrieff ser at ein står i fare for å få ei demoralisert helseteneste om sektoren opplever at problema ikkje lèt seg behandla. Men ho meiner slik eg forstår henne, at det er ein risiko som er verdt å ta.

Psykiateren er veldig lite komfortabel med paradigmet som ho hevdar føreset at menneske kan bli støypte i same form og at personar som samfunnet ikkje likar, både kan og bør bli endra. Ho siterer filosofen og maktkritikaren Michel Foucault (1926–1984), som hevda at det i opplysingstida skjedde ei endring frå at ein meinte galskapen hadde sin plass i verda, til at den bare blei sett på som ein feil som måtte korrigerast.

– Vi snakkar om å «gje folk behandling». Men det vi gjer, er å endra dei til noko meir sosialt akseptabelt, seier ho.

På same vis ventar samfunnet at vi ikkje skal bli sjuke, at vi skal bli snart friske om vi likevel blir sjuke, slik at vi igjen kan bli produktive. Vi har store problem med å akseptera varig sjukdom og lidning. Ei slik manglande evne til å akseptera lidning svekkar oss som folk.

– Eit sant opplyst samfunn – som etter mi meining ville vera sosialistisk – ville anerkjenna og vita å verdsetta variasjonen blant menneska. Sjølv sagt ville det finnast lover og reglar. Men dei ville ikkje ha som mål å gjera alle normale. Om desse verdiane fekk rå, ville også det å bry seg om dei mindre sosialt kompetente bli høgare verdsett.



USPESIFIKT: På bakgrunn av målretta studiar som klarte å påvisa ein ørliten forskjell frå placebo ved depresjon, fekk legemiddelfirmaet AstraZeneca nyleg løyve til å anbefala den antipsykotiske medisinen Quetiapin også for depresjon, fortel Joanna Moncrieff.

Som Joanna Moncrieff meiner også Dave Harper at sosiale forskjellar er ei av dei viktigaste årsakene til psykiske lidningar, og at vi bør prøva å betra samfunnet heller enn å endra folk sine kjensler i møte med det. Som det at den eine prosenten med personar som er rikast i samfunnet, bare blir rikare. Gapet mellom fattige og rike veks. Konsumerisme og materialisme aukar stadig.

Ingen utopist

Dave Harper trur ikkje på ein utopi om at alt vil bli bra om vi får eit meir rettferdig samfunn.

Samanhengen mellom sosiale problem og alvorlege psykiske problem er så sterk at det er ein illusjon å vera så oppteken av terapi

David Harper



– Men sammenhengen mellom sosiale problem og alvorlege psykiske lidningar er så sterk at det er ein illusjon å vera så oppteken av terapi – som vi når alt kjem til alt, ikkje vil kunna gje folk. Førekkomsten av slike problem er enorm i alle land. Skal vi tilby alle individuell terapi? Det vil undergrava økonomien totalt. Og det vil heller ikkje vera spesielt god hjelp, seier han.

Det finst nemleg betre alternativ, som likemannsarbeid (peer support) og å få folk engasjert i lokalsamfunnet – samfunnspsykologiske intervensjonar som i mindre grad er drivne fram av profesjonelle.

Terapi gjer folk avhengige av ekspertar, så kvar gong dei får eit problem, må dei gå til terapeuten sin, understrekar Harper. Samfunnspsykologiske tilnærmingar, på den andre sida, kan støtta folk til å samarbeida effektivt på vegen mot eit felles mål om å betra miljøet der ein bur og lever. Slik skapar ein praktiske endringar som kan forsterka enkeltpersonar si kjensle av å lukkast, og av håp og solidaritet med andre.

Ekte førebygging – på eit befolkningsnivå – er også ein del av dette. Mange av dei som slit psykisk, er blitt utsett for seksuelle overgrep i barndomen. Men psykologar kan også bidra til å hindra at overgrep skjer. Kva kan vi for eksempel gjera på eit samfunnsnivå for å gå i møte med myter og kulturelle forteljingar som legg til rette for overgrep? spør Harper.

– Det er ingen program for dette i samfunnet, eller for å læra ungar å vita kva som er rett og gale og kva dei skal gjera med det. Dette handlar ofte ikkje om å få psykologar inn i posisjonar, men om å hjelpe folk flest til å tenka meir psykologisk – «and give psychology away».

DR. JOANNA MONCRIEFF



FOTO: ARNE OLAV L. HAGEBERG

- Senior Lecturer i psykiatri ved University College London og praktiserande kliniskar
- Har publisert ei rekke forskingsartiklar om medikamentell behandling og legemiddelindustrien sin påverknad på psykiatrien

- Ein av grunnleggarane i Critical Psychiatry Network, ei samanslutting av psykiatrar som er skeptiske til biologiske forklaringsmodellar og tvang i psykisk helsevern
- Boka hennar *The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment* (2008) blei nominert til Mind Book of the Year Award. Ei innføringsbok om same tematikk er publisert på norsk med tittelen *Psykiatriske legemidler. En kritisk introduksjon* (Abstrakt Forlag, 2011)



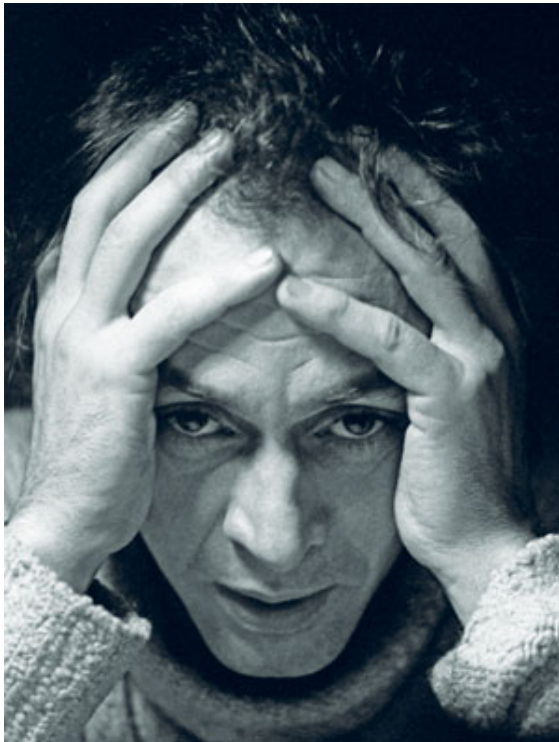
DR. DAVID HARPER



FOTO: ARNE OLAV L. HAGE BERG

- Psykolog, forskar, forelesar og doktorgradsrettleiar ved School of Psychology, The University of East London
- Fagleg orientert mot kritisk psykologi og sosialkonstruksjonistiske tilnærmingar, særleg knytt til psykosar
- Involvert i fleire tidsskrift, som *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice* og den brukarorienterte publikasjonen *Asylum: The Magazine for Democratic Psychiatry*
- Aktiv i det kritiske psykologimiljøet gjennom organisasjonar som *Psychology, Politics, Resistance*, *Manchester Discourse Unit*, *Soteria Network* og *Scientists for Global Responsibility*
- Sit i den rådgjevande gruppa for *London Hearing Voices Project*

RONALD DAVID LAING (1927–1989)



- Britisk psykiater og psykolog, opphavleg frå Glasgow i Skottland
- Sterkt inspirert av eksistensiell filosofi
- Kritisk til biologiske forklaringar på psykisk lidning
- Såg schizofren åtferd som ein strategi som menneske nytta seg av for å kunna halda ut i eit abnormt samfunn
- Blei av mange rekna som ein viktig figur innanfor antipsykiatriske rørsle, men motsette seg sjølv denne tilknytninga
- Var ein god ven av den norske forfattaren Axel Jensen