

Psykiatriske diagnoser: Nyttige eller skadelige? (eller begge deler?)

Børge Holden

Del 1. Hva psykiatriske diagnoser er og ikke er, og kan gjøre og ikke

Diagnoser er vanligvis *kategorier* (klassifikasjon, syndromer, ”båser”, sykdomsinndeling).

Vanlige oppfatninger om diagnoser:

- De omfatter sykdommer på linje med somatiske
- De er klart avgrensede og ”gjensidig utelukkende”
- De forklarer atferden som de stilles ut fra
- Miljøbehandling skjer ut fra diagnose
- Psykotrop medikasjon skjer ut fra diagnose

Så enkelt er det dessverre ikke, som det framgår av noen innvendinger:

forts.:

”Selv om noen diagnoser kan ha veldefinerte grenser mellom grupper av symptomer, plasserer nyere forskning mange, eller de fleste, forstyrrelser på et spektrum med temmelig lignende forstyrrelser som har delte symptomer, delte genetiske og miljømessige risikofaktorer... Vi har kort og godt skjønnt at grensene mellom forstyrrelser er mer porøse enn vi trodde før (s. 6).

”Problemer i oppbygningen som skyldes den grunnleggende utformingen av tidligere DSM-inndeling, som består av et stort antall smale diagnosekategorier, har kommet til syne både i klinisk praksis og i forskning” (s. 12).

”Også studier av både genetiske og miljømessige risikofaktorer... vekker bekymring for DSMs kategorielle oppbygning. Fordi den tidligere DSM-tilnærmingen betraktet hver diagnose som kategorisk adskilt fra helse og fra andre diagnoser, fanget den ikke den utbredte delingen av symptomer og risikofaktorer på tvers av mange diagnoser som framkommer i studier av komorbiditet” (s. 12).

”Det en gang fornuftige målet om å finne ensartede grupper for behandling og forskning førte til smale diagnosekategorier som ikke fanget den kliniske virkelighet, variasjoner i symptomer innenfor forstyrrelser og den betydelige delingen av symptomer mellom forstyrrelser. Det tidligere målet om å oppnå diagnostisk ensartethet ved hjelp av videre undertyper av forstyrrelseskategorier er ikke lenger hensiktsmessig ... mentale forstyrrelser er uensartede på mange nivåer, alt fra genetiske risikofaktorer til symptomer” (s. 12).

”... å gruppere forstyrrelser etter hva som er kalt *internaliserende* og *eksternaliserende* faktorer er en tilnærming som har støtte i forskning. Både innenfor den internaliserende gruppen (som inneholder forstyrrelser med tydelige engstelig, depressive og somatiske symptomer) og den eksternaliserende gruppen (som inneholder forstyrrelser med tydelige impulsiv og utagerende atferd, og misbruk) forklarer felles genetiske og miljømessige risikofaktorer, som viser seg i tvillingstudier, trolig mye av den komorbiditeten man ser...” (s. 13).

”Til tross for problemene med kategorielle diagnoser, mente komiteen for DSM-5 at tiden ikke var moden for å foreslå alternative definisjoner av de fleste forstyrrelser.”

Oppsummering av kritikken så langt:

- Mange forstyrrelser har felles årsaker.
- Mange forstyrrelser har felles symptomer.
- Forstyrrelser viser stor intern variasjon.
- Trolig kan bare grovere og mer generelle inndelinger forsvares, både når det gjelder beskrivelser og nytte.

Hvor kommer betraktningene fra? DSM-5 selv! Og det er mer:

”... DSM-5 sier egentlig ikke noe om hva psykiske lidelser er, bortsett fra å gi en mengde eksempler på det. Dess flere kategorier det blir, dess flere vil ligne på hverandre, og dess vanskeligere vil det være å skille dem... (McHugh & Slavney, 2012)

«... Reaksjoner på tap og sorg, demoralisering som følge av ulykkelige omstendigheter, og gammeldags melankoli, blandes sammen som om de var samme tilstand, ut fra noen ytre likheter. Men alle som har litt innsikt i slike tilstander, vet at de er vidt forskjellige. Å identifisere lidelser ved hjelp av en rekke symptomer er ikke det samme som å forstå dem» (McHugh & Slavney, 2012)

«Klinikere som er klar over mulige årsaker og deres mange praktiske og heuristiske følger (altså tommelfingerregler og kvalifiserte gjetninger, min tilføyelse), vil bli oppmuntret til å utføre mer analytiske vurderinger, behandlinger og undersøkelser av pasienter, og likevel bruke DSM-diagnosene som rene beskrivelser.» (McHugh & Slavney, 2012)

«Psykiatere vil begynne å nærme seg den dagen da de møter psykiske lidelser slik indremedisineren møter somatiske sykdommer; ved å forklare de kliniske tegnene som produkter av en natur som ikke bare forstås ut fra sine ytre tegn, men ut fra prosesser som skaper dem. Bare da kan psykiatrien bli et voksent medisinsk fagfelt, og bare da kan en håndbok slutte å være dens fremste redskap.» (McHugh & Slavney, 2012)

«Å gruppere forstyrrelser etter antatte årsaker vil fremme fruktbar tenkning, og følgelig gi framgang» (McHugh & Slavney, 2012)

De mener altså at utforming har begrenset interesse, og at vi må se mer på det individuelle og funksjonelle.

Det er altså enighet om begrenset praktisk nytte av dagens diagnoser, fordi:

1. De er ikke sykdommer på linje med somatiske.
2. De er ikke klart avgrensede eller "gjensidig utelukkende".
 - De overlapper. De fleste symptomer kan inngå i flere lidelser er "diagnostisk heterogene").
 - Diagnoser er preget av stor variasjon: Folk med samme diagnose kan fungere svært ulikt.
 - Mange kriterier er polytetiske ("gjelder for de fleste" med diagnosen, uten at noen er avgjørende)
 - Det er mange måter å ha hvert kriterium på: Selv relativt enhetlige diagnoser, som tics/Tourette og tvangslidelse, er nokså variable.
 - Differensialdiagnostikk; å skille mellom ulike diagnoser og å unngå for mange diagnoser, er derfor spesielt viktig.
 - Diagnoser har terskler, selv om problemene er gradvise, eller kontinuerlige.

3. De forklarer i liten grad atferden de stilles ut fra, hverken bakenforliggende eller mer nærliggende. Vi vasker ikke hender *på grunn av* tvangslidelse, og er ikke triste *på grunn av* depresjon.

4. Miljøbehandling skjer lite ut fra diagnose, men går generelt på tvers av diagnoser
 - Den må i stor grad utformes individuelt.
 - Den må ta mer hensyn til hvorfor atferden finner sted, enn til diagnose.
 - Eller den må utformes ut fra hva som virker!

5. Heller ikke psykotrop medikasjon skjer bare ut fra diagnose. Den virker noen ganger når den ikke skal virke, og omvendt.

En diagnose alene gir sjelden en behandlingsmessig aha-opplevelse.

Funksjonell forståelse av forstyrrelser

- Mange lidelser er avgrensede, og lett å si noe funksjonelt om, både generelt og i hvert tilfelle.
- Atferd som inngår i psykiske lidelser har ofte *typiske* funksjoner, og generelt er det enighet om at mye «psykiatri» dreier seg om *unngåelse/unnslippelse*.
- Det er ofte mulig å finne andre funksjoner.
- De mer syndromale lidelsene må naturlig nok deles mer opp.
- Uansett får vi ofte fram at diagnoser overlapper med hverandre med hensyn til motivasjon for atferd som inngår i dem.
- Vi får også fram at atferd varierer med miljøforhold.

Funksjonelle analyser er sjelden komplette, men gir ofte nyttig forståelse.

Aktuelt å se på:

1. Overfølsomhet for forsterkere. Mani, dramatiserende personlighetsforstyrrelse, AD/HD, patologisk spillelidenskap, overdreven søskenrivalisering. (For mange er impulsivitet vesentlig.)
2. Følsomhet for problematiske forsterkere: Seksuelle "objektvalg" (som pedofili, blotting, kikking), rus, tics, pyromani, kleptomani, viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, autisme/asperger (og fingersuging, neglebiting, neseplukking!)
3. Liten interesse for normale forsterkere: Depresjon, schizofreni, schizoid personlighetsforstyrrelse, autisme/asperger.
4. Overfølsomhet for ubehag: Personlighetsforstyrrelser, aggresjon, atferdsforstyrrelser, separasjonsangst.

4. Følsomhet for spesielle ubehag: Tics, tvangslidelse, fobier, spiseforstyrrelser, autisme/asperger, posttraumatisk stress, reaktiv tilknytningsforstyrrelse, dissosiative lidelser.
 5. Underfølsomhet for normale ubehag. Psykopati, pedofili, mani, asperger.
 6. Forsterkning av "feil" atferd: Atferdsforstyrrelser, ADHD.
 7. Hva personen tenker og sier om sin atferd: Tolkning av situasjoner, betydningen av å unngå ubehag.
- Vi kan iverksette miljø/læringsbasert behandling direkte på grunnlag av slike analyser.
 - Tiltak vil i prinsippet gå igjen i flere diagnoser.
 - Det er en transdiagnostisk tilnærming.

Konklusjoner: Fornuftig bruk av diagnoser

- De oppsummerer problemer. Det er så mange diagnoser at de omfatter de fleste atferdsproblemer
- Diagnoser gir ikke presise nok beskrivelser av atferd, men vi kan supplere med individuelle beskrivelser
- Diagnoser kan være generelle utgangspunkter for behandling, brukt med måte
- Når det gjelder psykologisk behandling, er det ikke engang meningen at diagnoser alene skal indikere behandling
- Diagnoser er forenlige med atferdsanalytisk forståelse av årsaker til atferd som de består av. De utfyller hverandre
- Problemet er ikke primært diagnosene, men folk som overdriver deres betydning, og er ”mer katolske enn paven”

Vi må stille diagnoser, uavhengig av våre teoretiske ståsteder.

Del 2. Framgangsmåter for å stille riktige diagnoser, og fallgruver

2.1. Ha greie på diagnosen:

- Kriteriene, og hva de betyr (for de er ikke alltid opplagte), for eksempel:

3. Mangel på sosial eller emosjonell gjensidighet som viser seg ved svekkete eller avvikende reaksjoner på andre personers følelser, eller mangel på tilpasning av atferd etter sosial sammenheng, eller svak sammenheng mellom sosial, emosjonell og kommunikativ atferd. (Manglende "teori om sinnet", det vil si å forstå hva andre tenker, føler og vil gjøre, kan ligge til grunn for problemer på dette området.)

a) Liten evne til å gi og ta sosiale signaler.

b) Liten empati, det vil si få eller ingen tegn til følelsesmessig forståelse og innlevelse i andre.

c) Liten opplevelse av ansvar for egne handlinger.

- d) Sosiale "blundere" i form av utilsiktet sårende bemerkninger.
- e) Sosiale initiativ er gjerne basert på særinteresser (se punkt 1 under neste del).
- f) Deltar ikke i enkle sosiale spill og leker, men foretrekker å drive med ting på egenhånd, og involverer andre som redskaper eller "mekaniske hjelpemidler".
- g) Eksentrisk og ensidig sosial tilnærming til andre, som under punkt 2, som altså tar lite hensyn til andres reaksjoner.
- h) Irrelevant og omstendelig tale, og opptatt av å uttrykke alle tanker, og ikke organisere dem i et budskap som lytteren forstår.

Tilsvarende for eksempel for ADHD.

2.2. Kjenne personer med slike vansker

2.3. Differensialdiagnostikk

- Å komme fram til en diagnose når det er alternativer, å vurdere alternativene og ende med færrest mulig diagnoser, og helst bare en, som sier mest mulig.
- Ikke «forelske» seg i en diagnose, men tenke som en «etterforsker i en straffesak».
- De fleste symptomer kan inngå i mange diagnoser.
- Derfor må vi unngå syllogismer som:
 1. «Unni har få venner → personer med asperger har få venner → Unni har asperger», når problemet er sosial angst, og tristhet.
 2. «Ole har handlinger som er ekstremt viktige å utføre → tvangshandlinger er ekstremt viktige å utføre → Ole har tvangshandlinger», når problemet er autisme (og «uhensiktsmessige rutiner og ritualer»)

Alle diagnoser kan ha likheter med andre diagnoser, ifølge DSM-5 for eksempel:

ADHD:

- Opposisjonell atferdsforstyrrelse
- Intermitterende eksplosiv lidelse
- Spesifikke lærevansker
- Psykisk utviklingshemning
- Autismespekterforstyrrelse
- Reaktiv tilknytningsforstyrrelse
- Angstforstyrrelser
- Depressive forstyrrelser
- Bipolar forstyrrelse
- (Disruptive mood dysregulation disorder)
- Stoffmisbruk
- Personlighetsforstyrrelser

Autismespekterforstyrrelse:

- Selektiv mutisme
- Språkforstyrrelser og sosial kommunikasjonsforstyrrelse
- Psykisk utviklingshemning
- ADHD

Funksjonelle analyser av atferden

Hva som motiverer og opprettholder atferden kan avgjøre om den inngår i en diagnose eller ikke, som:

1. Skyldes manglende følgning av beskjeder at beskjeden ikke er klar nok eller at personen ikke "vil"? (Det første: ADHD? Det andre: opposisjonell atferdsforstyrrelse?)
2. Skyldes få venner "klossete væremåter" eller "manglende interesse"? (Det første: asperger? Det andre: schizoid personlighetsforstyrrelse?)

2.4. At atferden stemmer med kriteriene, er det avgjørende

- Sjekklister og screening er bare sjekklister og screening (ikke minst når det gjelder nevnte asperger)
- Unngå å stille diagnoser på grunnlag av:
 1. Atferd som korrelerer med diagnosen, som sinne → tourette, dårlig skolearbeid → ADHD.
 2. Testresultater som kan korrelere med diagnosen:
«Selv om ... noen profiler i nevropsykologisk testing mer sannsynlig er forbundet med Aspergers syndrom... akkurat som noen profiler er forbundet autisme, er det viktig at de ulike områdene for kartlegging (differensialdiagnostikk og nevropsykologisk testing) forblir uavhengige» (Klin, Sparrow, Marans, Carter & Volkmar, 2000, s. 310).

2.5. At atferden som diagnosen stilles på grunnlag av, medfører nedsatt fungering

Diagnose skal altså ikke stilles hvis personen klarer seg greit med de væremåtene som inngår i diagnosen.

2.6. Ikke gjøre det vanskeligere enn det er – diagnoser skal være distinkte væremåter (som altså nedsetter fungering).

Hvis man må lete, er det neppe noe.

2.7. Tørre å konkludere

- Diagnose er en alvorlig beslutning i mange tilfeller.
- Men den gjelder den bare så lenge den anses som riktig.
- Den kan «alltid» vurderes på nytt.

2.8. Tørre å være upopulær

- Noen ønsker ikke en diagnose, og misliker å få eller å beholde den.
- Noen ønsker en diagnose, og misliker å ikke få den eller å miste den.

2.9. Ikke stille diagnoser mot bedre vitende

- På grunn av fordeler som de kan medføre: penger, tjenester, egne tilbud.
- Å diagnostisere er ikke å opptre som NAV eller lignende.

2.10. Være oppmerksom på evnenivåets betydning

- Både utviklingshemning og lavt evnenivå
- Ca. 1–3 % har utviklingshemning. Det kan være opptil 150000 i Norge. 1 % = 50000.
- Snaut 0,5 % av befolkningen får omsorgstjenester på grunn av utviklingshemning (23000 av fem millioner)
- Flere titusener med utviklingshemning får altså ikke omsorgstjenester. De aller fleste av dem har ikke diagnosen – da hadde de *fått* tjenester.

Det kan være ulemper med diagnosen, men trolig flere fordeler:

- Lettere å få tjenester
- Lettere å få uførepensjon
- Gratis tannlege
- Lettere å bli møtt med realistiske forventninger, og slippe press. Tilrettelagt i stedet for vanlig jobb
- Lettere å unngå "tvilsomme" miljøer
- Lettere å få tilpasset opplæring
- Lettere å få tilpasset psykiatrisk behandling
- Mindre straff i kriminalomsorgen (og det har noen forstått, og utnyttet!)
- Bedre soningsforhold i fengsel
- Jo dårligere man fungerer, jo mer støtte får man generelt...
- Kommunen får penger!

Men:

Også personer med IQ opp til over 80 kan ha problemer på grunn av lav intelligens, som:

- Små sjanser på det åpne arbeidsmarkedet. (Hvor lav IQ holder i vanlig jobb?)
- Vansker med å få forstå kompliserte deler av hverdagen (økonomi, selvangivelse, helse o. l.)
- Får neppe tjenester, og kan leve "stusselige" liv, ofte ganske avhengig av familien.
- Mange blir ikke "sett", fordi ingen forstår at vansker skyldes lærevansker
- Mange har en for lang vei å gå med NAV.
- Noen blir utnyttet på arbeidsmarkedet (i hospitering, arbeidstrening).
- Kan ha mindre innsikt i egen væremåte, og i hva som er akseptabelt og ikke.
- Kan ha små ressurser til å delta i behandling, og kan ha lite å gjøre på DPS.
- Tilhører ikke habiliteringstjenestenes målgrupper.
- En person med lett utviklingshemning som får tjenester, kan klare seg bedre enn en person med IQ på 70-85 som ikke får det.
- Psykiske lidelser er trolig mer utbredt blant personer med lett utviklingshemning og blant andre med lavt evnenivå.

Lavt evnenivå-forstyrrelse (Low general abilities disorder) (Alle kriterier må oppfylles):

1. Ikke utviklingshemning, det vil si at personen har IQ på ca. 70 eller høyere, og adaptiv fungering i form av rene ferdigheter over nivået for utviklingshemning.
2. IQ ikke over 80, og adaptiv fungering i form av rene ferdigheter deretter.
3. Ikke i vanlig lønnet arbeid, og uten utsikter til å få det.
4. Har et åpenbart bistandsbehov i det daglige, så som til økonomisk oversikt, kontakt med det offentlige, ivaretagelse av egen helse.

Del 3. Diagnoser kan gjøre vondt verre, enten de er rette eller gale

Diagnoser kan ha negative følger:

- Både gale og riktige diagnoser kan "forklare" personens atferd, og "unnskyld" den.
- Noen "bruker" diagnosen: "Jeg er hissig", "Jeg har angst", "Jeg orker ikke".
- Faginstanser kan senke forventninger og mål unødige mye, ut fra diagnose.
- Noe av det kan skyldes selve diagnosene, fordi mange av dem innebærer noe som personen:
 - Ikke kan, ikke klarer eller er dårlig til, som ulike lærevansker og utviklingsforstyrrelser.
 - Ikke tør eller mestrer på andre måter, som fobier, separasjonsangst og tvangslidelse.
 - ADHD, asperger og andre "syndromale" diagnoser innebærer mange problemer.
 - Også øvrige vurderinger kan beskrive mye som personen ikke klarer eller tåler.

«Feil og mangler» ved personen kan bidra til syllogismer som:

- Per har regnevansker → Peder må få enkle regnestykker, og mindre regning.
- Oline har angst for sosiale situasjoner → Oline må få slippe å møte opp.
- Petra har angst for å gå på skolen → Petra må få slippe å gå på skolen.
- Anders "klikker" → Det er uunngåelig, for han bare klikker jo, så det må han nærmest få gjøre, eller tilrettelegge for "ingen klikking".
- Finn er trist → Finn må få slippe aktiviteter.

Funksjonsvansker skal føre til lettelser:

- Men lettelser bør være så midlertidige som mulig, og følges opp med en plan for å øke mestring, når det er mulig.
- Ellers kan lettelser bli unødig permanente, og bidra til en ond sirkel.
- Når diagnoser er gale, kan lettelser være ekstra nødvendige.
- Mange problemer skyldes tidligere forsøk på å løse dem.

Eksempler på skadelig feildiagnostikk

1. Gutt med «aspergertrekk» deltok knapt i vanlig opplæring i to år

- Var ”sta og egen”.
- Gutten nektet evnetesting (men evnenivået var nok over middels).
- Han ble vurdert med tanke på asperger.
- Man fant «aspergertrekk», og mente at det måtte tas hensyn til det.
- «Ikke presse» ham.
- Hadde deretter sløyd de tre første timene, 1:1
- Etterpå fikk han velge mellom å delta i undervisning med klassen og å gå hjem.
- Lite tydet på sjenanse, og han hadde flere ganger opptrådt for andre elever, uten besvær.
- Vanskelig å se at han hadde sterke grunner for ikke å delta i opplæring.
- Trolig hadde skolenektingen blitt kronisk temmelig fort.
- Foreldrene og skolen delte vår undring.

2. En ungdom fikk være mye særere enn han trengte

- Møtte på skolen, men ofte sent fordi han måtte gjøre noe spesielt.
- På skolen hadde han mange sære "krav", som rekkefølge han skulle gå inn i, og lys som skulle være av og på.
- Nektet å lese en tekst riktig, og måtte alltid erstatte noen ord med synonym.
- Nektet generelt å la seg «diktere».
- Var på fornavn med alle.
- Mye alene. Likte å være med jevnaldrende, men på sine premisser.
- Hadde nettopp fått diagnosen asperger.
- Skoledagen hadde vært mye tilpasset, men etter diagnosen fikk han styre enda mer.

3. Tenåring var unødig uselvstendig og klengete

- Ikke primært skolenekting, selv om det var noe ugyldig fravær.
- Svært uselvstendig, svært avhengig av mor.
- Undervisning i liten gruppe nesten hele tiden.
- En del barnslig problematferd, som å provosere medelever. Sosialt isolert.
- Et par år før vi fikk ham henvist, hadde han fått aspergerdiagnose.
- Det var ikke hold i den, så kanskje svakt evnenivå?
- Men han var nylig testet til en IQ på ca. 100.
- At det ble stilt små krav til ham, hadde mye opphav i råd til skole og foreldre ut fra diagnose.

4. Gutt «fikk» være tyrann hjemme

- Høyt evnenivå.
- Voldelig mot yngre søsken, og mor.
- Hadde fått aspergerdiagnose mye på grunn av liten empati.
- Men oppførte seg som en «engel» mot oss, på skolen og mot andre utenfor familien.
- Ble «forstått i hjel» ut fra sin diagnose.
- Det var også en grunn til at foreldre ikke fulgte våre råd om behandling.

Også riktig diagnose kan ha skadelige effekter:

- Ung mann med tvangslidelse skulle få drive med tvangshandlinger.
- Ingen utviklingshemning eller –forstyrrelse.
- Tok knapt på dørhåndtak og annet som andre hadde tatt på.
- Etter toalettbesøk med avføring lå han minst to timer i badekar.
- Etter urinering vasket han hendene i minst en halvtime under rennende, lunkent vann.
- Lå bare to netter med samme sengetøy, før det måtte skiftes.
- Foreldrene hadde fått råd om å la ham få drive med tvangshandlinger.
- Han kunne bl.a. bruke hansker, og ville ”vokse av seg” tvangshandlingene.
- Men han ble mer og mer handicappet.

Uansett hvilken diagnose det er, er moralen: ”Vær kritisk til følgene av en diagnose”.

Kunnskap om ”god behandling” kan alltid dempe følgene av diagnosen, og noen ganger oppheve hele diagnosen.

Også mangel på diagnose, eller feil diagnose, kan være et problem:

- Det finnes solskinnshistorier der ting «løste seg» med en diagnose.
- Men at «Alt løste seg da Baldrian fikk en diagnose», kan skyldes generelle løsninger, og ikke at en riktig diagnose ga mer spesifikk, riktig forståelse.
- Oftest ser man noen behov, og iverksetter tiltak, uavhengig av selve diagnosen.
- Noen ganger kan diagnose gi i alle fall *litt* ny forståelse, og være en inngang til behandling:
 - Dårlige prestasjoner skyldes ikke bare manglende interesse og innsats, men lærevansker.
 - Unngåelse skyldes ikke negative holdninger, men innebærer angst.
 - Unngåelse skyldes ikke negative holdninger, men tristhet.
 - Psykotiske reaksjoner fører til avdekking av miljøbelastninger som må elimineres.
 - Noen ganger må lettelser være permanente fordi det ikke finnes god opplæring eller behandling, som ved lavt evnenivå, alvorlige autismeforstyrrelser og alvorlig schizofreni.

4. «Opprydding» som førte til riktigere diagnose (inkludert ingen diagnose)

NB. Differensialdiagnose!

1. Fra «aspergertrekk» til ingen diagnose foreløpig

- Det var funnet «aspergertrekk».
- Men vi så ingen, og ikke grunnlag for noen diagnose.
- Det betyr ikke at det ikke var spesielle trekk:
- Nokså sta, og skulle ha ting på sin måte.
- Mulige framtidige diagnoser *kan* være engstelig (unnnvikende) personlighetsforstyrrelse eller tvangspreget personlighetsforstyrrelse.

2. Fra asperger til mer avgrenset diagnose

- Hadde nettopp fått diagnosen asperger.
- Etter diagnosen krevdes det enda mindre av ham.
- Ny gjennomgang av asperger ga ikke støtte for diagnosen.
- Dette betyr ikke at det ikke har vært problemer:
- Da han var liten, hadde han sluttet å snakke, og isolerte seg veldig.
- Den dag i dag kan han ha problemer med å ordlegge seg.
- Han endte med kun diagnosen F80.1 Ekspressiv språkforstyrrelse.
- Mulige framtidige diagnoser *kan* være ulike lærevansker.

3. Fra asperger til?

- Svært uselvstendig, og svært avhengig av mor.
- Asperger var altså feil, og IQ var ca. 100.
- Mer aktuelle diagnoser var F93.0 Separasjonsangst i barndommen eller F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen, det vil langt mer avgrensede diagnoser.

4. Fra asperger til atferdsforstyrrelse

- Høyt evnenivå.
- Voldelig mot yngre søsken og mor, men en «engel» mot oss, på skolen og mot andre utenfor familien.
- Viste klare trekk av en F91 Atferdsforstyrrelser (F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien).
- En slik diagnose ble stilt, og asperger ble tatt bort.

5. Fra asperger til sosial angst og depresjon

Kvinne på 19 hadde fått diagnosen asperger, ikke minst ut fra:

- Få venner.
- Liten sosial og emosjonell gjensidighet.
- Men viste ingen karakteristiske væremåter som inngår i asperger.
- Problemet var sosial angst og lavt selvbilde, og tristhet som følge av de to første faktorene.

6. Fra tro på asperger, til lettere lærevansker med mer

- Ung mann ble henvist i to omganger.
- Begge gangene ble det insistert på asperger, for han gjorde så mye rart.
- IQ på 80.
- Gikk på en linje på videregående som han ikke mestret.
- Falt utenfor sosialt. Lite sosiale ferdigheter.
- Knapt noen sunne interesser, eller interesser i det hele tatt.
- Usikker og anspent.
- Ingen trekk av asperger.
- Noen "nervøse rykninger", men de opphørte når han adapterte til situasjoner.
- En angstdiagnose kan bli aktuell, i tillegg til at evnenivået svekker tilpasning.

7. Fra tro på mange diagnoser til knapt noe

- Vurdert med tanke på ADHD, utviklingshemning, Tourette, tvangslidelse og mer.
- Hadde bodd i samme fosterhjem siden han var to år.
- Barnevernet ønsket en bred vurdering av ham i overgangen til voksenlivet.
- Men det endte ikke med noen diagnose i denne omgang (med de problemer det kan medføre for å gi ham riktig oppfølging).

8. Fra tvangslidelse til lavt evnenivå

- Henvist til DPS for behandling av tvangslidelse. Avvist.
- Henvist til oss for behandling.
- Hadde ingen tvangslidelse, men var veldig treg i flere situasjoner.
- Lavt evnenivå, IQ på snaut 80.
- Trekk av avhengig og engstelig (unnavikende) personlighetsforstyrrelse.
- Ikke minst "slet" han med for store forventninger om å mestre vanlig arbeid.

9. Fra tvangslidelse til lett utviklingshemning og autisme

- Ung mann gikk i behandling for tvangshandlinger.
- Resultatene var magre.
- Kommunen begynte å få mistanke om lærevansker.
- IQ og øvrig fungering tilsa lett utviklingshemning.
- I tillegg var det klart at han hadde autisme.
- "Tvangshandlinger" var ikke annet enn "uhensiktsmessige rutiner og ritualer", som inngår i autisme.

10. Fra angst, depresjon og andre lidelser som man har gått i «behandling» for, til utviklingshemning og omsorg

- Noen fellesnevner for noen personer med svake evner:
- Livet er tomt.
- «De» kommer ingen vei, og klarer seg dårlig.
- Ensomhet.
- Utvikler særlig angst og/eller depresjon, eller rett og slett forfaller, naturlig nok.
- Noen går i samtalebehandling, enten i kommune eller DPS, nokså resultatløst.
- I stedet trenger de omsorg, som for dem er den beste "behandling" for angst, depresjon og annet.
- Ofte løser det problemet.

5. Riktigere diagnostikk som har bidratt til riktigere behandling

- Når det er begrenset sammenheng mellom diagnose og behandling, kan riktig diagnose føre til gal behandling. (Og gal diagnose utelukker ikke riktig behandling!)
- Uansett er riktig diagnose ikke nok.
- I tillegg trengs riktig forståelse av problemene (og effektiv behandling).

Diagnostikk er mer enn diagnosekategorier:

- Også en funksjonell vurdering er diagnostikk, eller utfyller diagnoser.
- Riktig behandling krever at individuelle vurderinger ligger til grunn.

Kasusformulering (innenfor atferdsanalyse):

Langt på vei funksjonelle analyser. Finne faktorer som:

- Har med årsaker å gjøre.
- Kan endres.
- Påvirker atferd vesentlig.
- For eksempel klientens ferdigheter og atferden til personer rundt klienten kan endres, og er med.

Generelle faktorer som demografi og psykiatriske diagnoser, tillegges mindre vekt.

Det samme gjelder biologiske egenskaper og medisinsk tilstander, hvis de ikke kan endres.

Hvis historiske forhold har hatt betydning, må det spesifiseres hvilken rolle de eventuelt spiller i dag.

(Funksjonelle analyser er alltid foreløpige – faktorer som påvirker atferd er i prinsippet i konstant endring.)

Hvordan man vurderer muligheten for å lykkes med behandling, er viktig for å iverksette behandling.

Når vi kommer til behandling, er forløpet i hovedsak:

- Lage en klar og praktisk definisjon av atferd som det aktuelt å behandle, måle forekomst av den, og se om den er stabil eller endrer seg i uønsket eller ønsket retning. Det siste kan føre til at man ser an situasjonen.
- Hvis man går inn for behandling, er neste steg en funksjonell analyse, som kan kombineres med psykiatrisk diagnostikk.
- Hvis funksjonell analyse viser hva som opprettholder og/eller motiverer problematferden, inkludert verbale faktorer, og det er mulig å dempe eller fjerne noe av det, iverksettes årsaksbasert behandling.
- Hvis man ikke finner årsaker, ikke kan utnytte kunnskaper om årsaker i behandling, eller mislykkes med årsaksbasert behandling, kan man prøve standardmetoder.
- I løpet av behandlingen registreres det for å se om den fører fram eller ikke, og endrer behandling hvis det er nødvendig og man ser andre løsninger.

Det er en transdiagnostisk tilnærming til behandling. Den overskrider altså diagnoser.

Kasusformulering i ACT (acceptance and commitment therapy)

- Målet er ikke bare å kartlegge symptomer, men også hvilke funksjoner de har, som hvordan tanker og følelser påvirker konkrete handlinger.
- De samme plagene kan ha ulike funksjoner for ulike personer.
- Det medfører fokus på læringshistorie og konteksten for personens atferd nå.
- Det siste omfatter:
 - Hendelser i personens liv.
 - Hvordan personen beskriver og forholder seg til dem.

I en kasesformulering er følgende sentralt:

1. Læringshistorie, og hvilke situasjoner og private opplevelser personen unngår.
 - Terapeuten hverken støtter eller utfordrer personens beskrivelser, men omformulerer dem om nødvendig i ACT-termer: "Bli kvitt angst, så jeg kan begynne å leve", kan endres til "Du gjør ikke det du egentlig vil fordi du kriger mot angsten?".
 - Personens unngåelse, og hvor omfattende den er, gjennomgås. Hva deltar personen ikke i, og hva kunne personen ha gjort hvis problemene ble løst?
 - Vurdere mulige indre kontrollstrategier, som distraksjon, selvinstruksjoner, selvobservasjon og dissosiasjon, og mulige konkrete handlinger for å kontrollere følelser, som rusmidler, piller, røyking, selvskading og overspising.
 - Observere om personen prøver på unngåelse og emosjonell kontroll i form av for eksempel å skifte tema, motstand og aggresjon.

2. Personens motivasjon for endring

- Opplever personen ulemper på grunn av unngåelse, som lite utvikling, få venner og ikke å nå viktige mål?
- Har personen erfaringer med at egne endringsforsøk ikke har nyttet?
- Hvor klare og viktige har de målene vært som personen ikke har nådd på grunn av unngåelse, og hvilken plass har de hatt i personens verdier?
- Hva tenker personen om å møte fryktede hendelser?
- Terapeuten vurderer også hvor holdbart personens forhold til terapeuten er.

3. Vurderer faktorer som kan hindre endring.

Det kan være faktorer som bidrar til unngåelse, som:

- Kognitiv fusjon.
- Begrunnelse.
- Et sterkt begrepsselv som trues av endring.
- Liten kontakt med verdier.
- Manglende kontakt med øyeblikket.
- Lav evne til å forplikte seg til handling.
- Spesielle atferdsmønstre, som (1) tendens til å følge regler og ville ha rett, og (2) tro på nytteløse strategier.
- Om personen har kortsiktig nytte av unngåelsesstrategier.
- Mulige konkrete tap som endring kan medføre, som redusert omsorg.
- Om nettverket opprettholder for eksempel kognitiv fusjon, unngåelse og begrunnelse.

4. Vurderer faktorer som kan bidra til psykologisk fleksibilitet og endring, som:

- Positive erfaringer med oppmerksomt nærvær.
- Ikke å ha brydd seg om ubehag.
- Ha vært intenst til stede og i kontakt med livet.
- Ha handlet i tråd med egne verdier selv om det ga ubehag.
- Eksempler på selvironi og å ha ledd av seg selv, og nådd egne mål.

En funksjonell analyse av disse variablene er grunnlaget for behandling.

Også det er en transdiagnostisk tilnærming.

1. Gutten som knapt hadde deltatt i vanlig opplæring på to år

- Foreldrene og skolen delte vår undring over diagnose og råd om ekstreme tilpasninger.
- Konklusjon: Han hadde ikke asperger eller annen sårbarhet som tilsa vesentlig tilrettelegging.
- Han skulle delta i vanlig opplæring, med tilpasninger etter langvarig fravær
- I starten protesterte han med tendenser til gråt, og forsøk på å unnsnippe, men det var lett å få ham på skolen.
- Etter kort tid var han en temmelig normal elev.
- Han fikk også flere venner igjen.
- Skolen beskrev den brede framgangen som "utrolig".

2. Ungdommen som hadde fått være langt særere enn nødvendig

- Hadde nettopp fått diagnosen asperger, som altså ikke holdt.
- Skoledagen hadde vært mye tilpasset før dette, men diagnosen førte til enda mindre krav.
- Vi kom fort fram til at han hadde større potensial:
- Det var relativt lett å dempe mange særheter, og i løpet av noen måneder ble han langt mer normal.
- Dette betyr ikke at det ikke har vært problemer:
- Da han var liten, hadde han sluttet å snakke, og isolerte seg veldig.
- Den dag i dag kan han ha problemer med å ordlegge seg.
- Så langt fram som vi kan se, vil han trenge en del oppfølging.
- Men han har stadig framgang.

3. Tenåringen som hadde vært unødig uselvstendig og klengete

- Ikke asperger, IQ på 100, og «bare» litt angst.
- Det styrket mistanken om at han fungerte svakere enn han trengte
- De små kravene som ble stilt til ham, hadde mye opphav i råd som skole og foreldre hadde fått ut fra diagnose.
- Lett å få ham til å møte på skolen 100 %, og til å gå alene den snaue kilometeren.
- På skolen lærte han mer, og hadde mer normal oppførsel, når han var sammen med trinnet.
- En miljøterapeut drev sosial trening med ham, som ikke å "slenge dritt" til medelever.
- I løpet av noen få måneder ble både opplæring og oppførsel betydelig normalisert.

4. Bort fra asperger og til ren behandling av tvangslidelse

- Hadde tidligere hatt sosial fobi, men det hadde kommet seg.
- Hadde diagnosen asperger, som var riv ruskende gal.
- Det kliniske var tvangstanker, mest om helt urealistiske, katastrofale ting som kunne skje.
- Han "plaget livet av" familien for at de skulle være med å lage forholdsregler.
- Hver gang de hadde laget det slappet han av litt.
- Uansett var det knapt annet å gjøre enn å akseptere at tankene kom, uten å iverksette alle tiltakene for å dempe angsten.

5. Fra asperger til atferdsforstyrrelse

- Asperger ble tatt bort, og han fikk diagnosen atferdsforstyrrelse begrenset til familien.
- Det var en stor lettelse for foreldrene.
- Da begynte de da å behandle gutten på en annen måte: Mer krav, mer grenser.
- Han kom seg veldig.
- Han hadde tidligere «respondert» lite på våre tiltak, trolig fordi foreldrene behandlet ham på måter som motarbeidet tiltakene.

6. Ung mann som man trodd «hadde mye», men som ikke fikk noen diagnoser

- Vurdert med tanke på «det meste», men det kokte ned til ingenting, eller et «snev» av andre diagnoser.
- Likevel lett å pønske ut viktige støttetiltak, som altså må begrunnes godt når det ikke er noen diagnose å lene seg på.

7. Mann uten diagnose, men likevel med konkrete problemer

- Henvist for behandling av tvangslidelse.
- Hadde ingen tvangslidelse, men brukte veldig lang tid i mange situasjoner.
- Det viste seg at IQ var under 80.
- Han opplevde et sterkt press til å komme ut i vanlig jobb, som var urealistisk.
- Rent diagnostiske endte utredningen med å understreke at evnenivået var for lavt for vanlig lønnet arbeid. (F81.9 og F83 er nokså meningsløse diagnoser.)

Altså

1. Riktig diagnose er ikke alt.
2. Riktig diagnose kan være lite relevant hvis man ikke tar hensyn til evnenivå, for eksempel lett utviklingshemning eller ”bordeline intellektuell fungering».

Unngåelse av ubehag- og anstrengelseslidelse
(Discomfort and effort avoidance disorder, DEAD)
(Minst tre kriterier må oppfylles):

- a) Studerer ikke eller lever ikke av vanlig lønnet arbeid.
- b) Svekket fungering står ikke i rimelig forhold til reelle plager.
- c) Sterk tendens til å overdrive plager som skal være årsak til svekket fungering.
- d) Legger planer, men iverksetter dem sjelden.

Spesifiseres i en av tre varianter:

- 1) Engstelig, der angst er hovedtema.
- 2) Somatisk, der hovedtema er sykdom, smerter og lignende.
- 3) Unngåelse av anstrengelse, der hovedtema er manglende grunnleggende vilje til å yte.

Normal atferdsforstyrrelse (Normal behavior disorder, NBD) (Minst fem kriterier må oppfylles):

- a) Studerer med normal progresjon, er i jobb eller er pensjonert etter et langt yrkesliv.
 - b) Lever eller har levd i et langvarig parforhold, og aldri vært skilt.
 - c) Heterofil.
 - d) Hatt under ti sexpartnere.
 - e) Aldri brukt ulovlige rusmidler (bortsett fra sporadisk drikking av hjemmebrent).
 - f) Aldri gjort noe straffbart, knapt kjørt mer enn 20 % over fartsgrensen eller hatt vesentlig mer enn taxfreekvote.
 - g) Aldri hatt mer gjeld enn fire ganger årsinntekt.
- Inkl.: 8–4-syndrom, Hvermannsens syndrom.