
Når diagnosen uteblir, hva er det da?

ESSAY

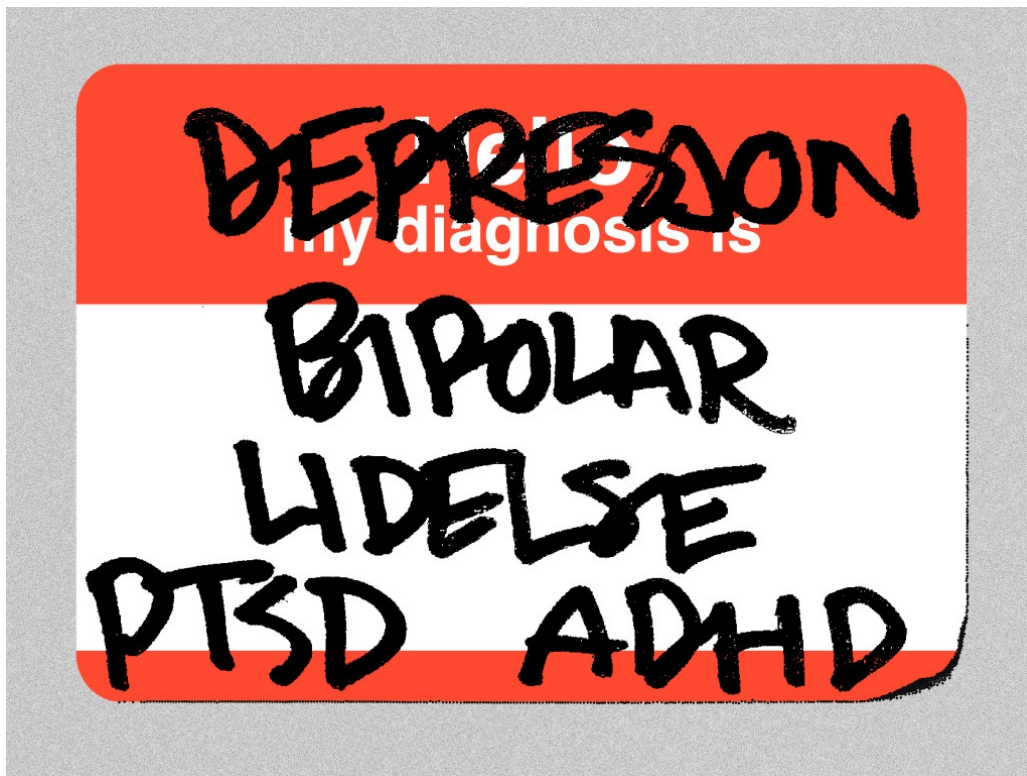
ANDREAS NYDAL

andnyd@gmail.com

Andreas Nydal er LIS-lege i psykiatri i Kristiansand.

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

Diagnoser i psykiatrien lever sitt eget komplekse liv, der de både følger og påvirker kulturen. Når diagnosen uteblir, blir spørsmålet «hva er det da?» ikke bare et rop om hjelp, men en påminnelse om hvor langt vi har beveget oss fra å tåle det uforklarlige.



Illustrasjon: Tidsskriftet

På allmenpsykiatrisk poliklinikk opplever jeg det som at jeg behandler paradigmer like mye som pasienter. Et paradigme skapt av ekspanderende diagnosemanualer og økt oppmerksomhet om psykisk helse. En forståelse som medfører at folk kan si ting som at de har litt ADHD, litt PTSD og autismetrekk som slår inn om kvelden. Så spør de hva de kan gjøre for å slippe å ha det sånn, eventuelt hvilke verktøy vi kan gi dem.

Det er ikke fordi folkeopplysningen har mislyktes at vi befinner oss i dagens situasjon. Det er snarere fordi den har lyktes. Diagnosespråket er blitt allemannseie. Alle klippene på sosiale medier med emneknaggen *awareness* har nådd ut med sitt budskap. Diagnosene og symptomene utgjør menneskers nye selvforståelse og er blitt livets tolkningsnøkler.

Og hvem vil vel ikke ha forklaringer? Alle som har utredet pasienter for psykiske lidelser og ikke funnet at diagnosene passer, kjenner til følgende forutsigbare respons: «Men hva er det da?». Dette spørsmålet treffer et ømt punkt hos samvittighetsfulle psykologer og psykiatere. Vi tåler rett og slett ikke å la det stå ubesvart. Derfor tyr vi til vage diagnoser, eller enda verre, skruer til diagnostikken og presser pasientene inn i kategoriene, alt for å tilfredsstille dem og berolige oss selv.

Diagnosen har umiddelbar effekt. Den løfter pasientens unike plager inn i en større sammenheng. Det er flere som har det som deg, det du opplever har *et navn*. Dette kan være godt for pasienten, som kanskje har følt seg *feil* lenge uten å forstå hvorfor. Men gleden er kortvarig. Diagnosen passer gjerne dårligere og dårligere jo bedre kjent vi blir med pasienten. Kunnskap kompliserer forenkling, skriver historiker Eivor Oftestad [\(1\)](#). Diagnosenes forenkling er fristende, men svekkes i takt med pasientens økende kompleksitet. Men det hindrer oss ikke i å prøve å presse et mangefasettert menneske inn i støpeformen vår.

«Diagnosenes forenkling er fristende, men svekkes i takt med pasientens økende kompleksitet. Men det hindrer oss ikke i å prøve å presse et mangefasettert menneske inn i støpeformen vår»

Jeg treffer rett som det er pasienter med fire psykiatriske diagnoser. Vi tar aspekter og fasetter ved mennesker og kaller dem *komorbiditeter*, og lirer av oss selvsikkert i hvilken rekkefølge vi skal ta fatt på disse lidelsene. Forskerne bak den kjente Dunedin-kohorten i New Zealand oppdaget at pasientene driftet innom ulike diagnoser ettersom årene gikk [\(2\)](#). De advarte mot «overreliance on diagnosis-specific research and clinical protocols», som er det vårt psykiske helsevern er bygd på.

Du blir din merkelapp

Det er lett å tenke at diagnosene er nøytrale beskrivelser av noe som allerede finnes. At det er pasientene som former diagnosene, ikke omvendt. Men slik er det ikke nødvendigvis. Det kan nemlig synes som det å få en merkelapp i seg selv kan påvirke den som får den. Denne dynamikken kalles looping-effekten,

et begrep introdusert av vitenskapsfilosofen Ian Hacking (3). Vi kan kalle det *effekten av å bli klassifisert*. Jeg har sett for meg en slags menneskets Hawthorne-effekt, altså effekten som kan tilskrives det å bli observert. Vi kan bare se for oss vår økte tilbøyelighet til å plukke opp søppel når vi vet at vi blir iaktatt. Hacking brukte flere eksempler fra psykiatrien, som dissosiativ fuge, multipel personlighetsforstyrrelse og selvmord, og beskrev hvordan klassifiseringen påvirket både forekomst og uttrykk. Når en diagnose oppstår og får oppmerksomhet, oppstår det en økologisk nisje som flere kan flytte inn i.

Hacking mente at folk som klassifiseres på en bestemt måte, tenderer mot å oppføre seg i tråd med klassifikasjonen. Adferd, symptomer og diagnose virker bundet sammen i et uoversiktlig samspill. Når vi diagnostiserer, gir vi folk intet mindre enn en selvforståelse, og det bør vi utvise enorm respekt for.

Hacking beskrev en «epidemi» av multipel personlighetsforstyrrelse på 1980-tallet. Før var denne diagnosen benevnt som psykiatriens «hvite enhjørning» siden den var så sjelden (3). Tilfeldigvis opplever vi det samme nå. Fra 2018 til 2024 har det skjedd en dobling av tilfeller av dissosiativ identitetsforstyrrelse, som er det nye navnet, basert på tall fra Folkehelseinstituttet som Morgenbladet har innhentet (4).

ADHD er en selvforståelse som kan passe de fleste i vår tid. Vi bør ikke bare stille oss spørsmålet *hvem* som skal få diagnosen, men også hvor mange. 10 %, 25 %, alle? Og hvor mange bør få sentralstimulerende midler? Om de fleste får bedret oppmerksomhet og konsentrasjon (5), hvorfor bør ikke *alle* stå på det?

Det er vanskelig å tenke i disse baner uten at Aldous Huxleys *Brave New World* kommer opp, hvor alle går på *soma* for å holde «nivåene sine» optimale (6). Alle står på det, så å *ikke* stå på det blir uaktuelt. Det oppstår et press, og engstelige foreldre kan begynne å frykte at barnet deres blir utkonkurrert av sentralstimulerte medelever.

«Konsentrasjonsvansker og uro er vår tids sykdom, takket være et uheldig samspill av et forrykt livstempo og diagnostisk hybris»

Debatten om ADHD burde handle om menneskenaturens bryning med kulturen. Er vi skapt med for lite amfetamin prefrontalt? Eller er konsentrasjonen og evnen til å dvele blitt ødelagt av modernitetens akselerasjon? Tidens sykdommer er tidens sjel, skrev Bjørneboe (7). Konsentrasjonsvansker og uro er vår tids sykdom, takket være et uheldig samspill av et forrykt livstempo og diagnostisk hybris.

Men selv om årsakene er strukturelle, bør vel de lidende få hjelp? Det hjelper ikke om det blir flere lærere, mindre skjermtid og mer fri lek om ti år, når barnets barndom foregår *nå*. Likedan hjelper det lite for den voksne om livstempoet senkes eller belastningene reduseres først en gang i fremtiden. Med en slik argumentasjon bør vi riktignok være sikre på at vi gjør mer nytte enn skade ved å diagnostisere og medisinerer.

Behandle tidens sjel?

Det er *her* debatten bør foregå. Skal vi behandle tidens sjel eller ikke? Å prøve å tvinge dette komplekset spørsmålet inn i diagnosespråket blir forduddende. Psykologen Keith Conners, som kan kalles ADHD-diagnosens far, sa på et tidspunkt at overdiagnostiseringen var «an epidemic of tragic proportions» (8).

En ADHD-diagnose gir uttrykk for at det fins en forklaring, og at den er innenfor rekkevidde. Dette skaper et press og en feilaktig kategorisering av hva som er sykt og ikke, hva som er normalt og hva som er unormalt. For om man ikke får diagnosen, men føler seg unormal, hva da? Som en pasient hjerteskjærende utbrøt: «Hvis det ikke er *det*, da er det bare *meg*». Vi har iatrogen påført befolkningen denne idéen om at det *må være noe* når livet butter. Og får de ingen diagnose, tar de skylden selv.

En pasient sa, da jeg hadde gitt honnør for et godt språklig bilde vedkommende kom med: «Ja, det var vel ADHD-en som kom med det». Men det var *pasienten* som kom med det, det var ikke en «nevroatypisk hjerne» som snakket. Dette gjenspeiles i omtalen av nevroatypisk «superkrefter» i selvhjelpsbøker og sosiale medier. Vi ser at diagnosen blir veldig viktig. Ikke bare lidelsene og plagene, men også styrkene og oppturene blir forstått i lys av den. Diagnosen virker å ha blitt et bærende element for identiteten. Har vi tilstrekkelig respekt for dette aspektet ved diagnoser? Helsevesenet må antakeligvis i langt større grad ta på seg rollen som forvalter i fremtiden, forvalter av en sunn helsedefinisjon, kostnad–nytte–vurderinger og eksistensielt mot i møte med spørsmålet som mange skuffede pasienter stiller etter utredning: «Men hva er det da?».

«Diagnosen virker å ha blitt et bærende element for identiteten. Har vi tilstrekkelig respekt for dette aspektet ved diagnoser?»

Om vi setter ut sykdommen på anbud, eksternaliserer den til noe vi skal bekjempe sammen, svikter vi pasienten. Det ser på overflaten ut som et fortjenstfullt opplegg, hvor vi stadig sender nytt skyts i sykdommens retning. Men når vi står med ryggen mot veggen, ved den logiske enden av veien vi har valgt, får vi inderlig håpe vi ikke går tom for verktøy. Når vi nødvendigvis gjør det, kan vi gripe etter nye halmstrå. Transmagnetisk resonans, som de driver med der borte, det er en skam at vi ikke har det her, kan vi si til pasienten. Eller psykedelika, vi ligger altfor langt bak. Og selv om pasienten kan føle at vi er på lag, så vil pasienten begynne å merke at vi ikke tåler dette. Vi er desperate etter nye verktøy, vi legger alle eggene i ny kurv hver gang istedenfor å modellere mot overfor denne lidelsen. Istedenfor å gå til krig mot for eksempel depresjonen, altså krig mot seg selv på et vis – som er noe av problemet i utgangspunktet, kan pasienten få hjelp til å se at det er gode grunner til at den har det som den har det. Det blir kanskje tydelig at det ikke er noe rart at vedkommende er utmattet, ukonsentrert eller nedstemt. Det er ikke bare tilfeldig rammende arbitrære sykdommer, men et uheldig samspill av

sårbarhet, omstendigheter, relasjoner og adferd. Vi kan øve oss på den motkulturelle erkjennelsen av at smerte er en del av livet, kombinert med den håpefulle sannheten om at vi kan finne en måte å leve med det på.

Hvis vi som behandlere utviser denne formen for eksistensiell trygghet, kan kanskje pasientene også lære seg det. Hvis vi griper etter flere og flere teknologiske halmstrå i stadig økende desperasjon, da er vi ikke noe eksempel til etterfølgelse, og pasienten kan føle seg forlatt med sin lidelse.

Å møte pasientens uttrykte behov kan ha en støttende effekt på overflaten. Samtidig, skriver professor i psykologi Bjørn Killingmo, på et dypere plan kan effekten være den motsatte (9, s. 155). Slik kan det «å bli tatt på alvor» i realiteten være å svikte pasienten. Når pasientene kommer med sine diagnoser og vi appliserer retningslinjer, blir de gitt det de ber om, men ikke nødvendigvis det de trenger. Mitt inntrykk er at pasientene ønsker at behandlerne skal ta dem skikkelig på alvor, ikke bare imøtekomme deres overflateønsker. Diagnoser, medisiner, psykologiske verktøy, alt dette befinner seg på overflaten, mens pasientene kanskje egentlig trenger hjelp til å se hva de holder på med. Hvorfor blir jeg ikke beroliget av andres forsikringer? Hvorfor har jeg det ikke noe bra, når livet mitt ser flott ut på papiret? Hvorfor er jeg så redd for friheten, eller kjærligheten? Hvorfor følger ikke følelsene etter tankens overbevisning? Psykoanalytisk tradisjon tar alle sider av pasienten alvorlig, slik at pasienten kan «eie dem, heller enn å bare bli forsikret av dem», skriver psykiater Robert Caper (10, s. 30).

Forsikringer forsikrer aldri

Hvis vi delegerer bort alt ansvaret til en sykdom, en samlebetegnelse på et sett kriterier, da bør vi jammen være gode til å behandle disse sykdommene.

Kanskje vi er gode til å behandle angstlidelser. Men det finnes tilfældigvis en behandling som baserer seg på det ovennevnte konstraintuitive mantraet: nemlig å ikke gi pasientene det de ønsker seg, men det de trenger. Å lene seg inn i ubehag, versus å berolige. Mantraet er formulert i psykoanalytiske kretser for lenge siden: Forsikringer forsikrer aldri (11, s. 59).

I angstbehandling står ansvarserkjennelsen sentralt. Terapeuten åpner nemlig for at dette er noe de holder på med, dette «angstprosjektet». Pasienten er ikke bare offer, men også aktør – heldigvis. Angstpasienter kan ønske å heller bruke medisiner for å dempe ubehaget, og i vår hjelpetrang kan vi falle for fristelsen å gi etter, altså gi dem det de ber om: medisiner og aksept og støtte for at det er uflaks med denne diagnosen. Nei, angstbehandlingen er på et vis kurert for eksternalisering og har innlemmet ansvarserkjennelse som avgjørende faktor. En pasient som har fullført firedagersbehandling for angst kan si «jeg trengte hjelp til å se hva jeg holdt på med».

Dessverre gir frykten for stigmatisering berøringsangst for *ansvar* i psykiatrien. Som om det ikke er mulig å ta opp lidelsens forbindelser til livsførsel og tidligere erfaringer uten å påføre pasienten skam. Denne frykten kan medføre at vi holder oss på overflaten sammen med pasienten, og heller engasjerer oss i kampen mot diagnosen.

Landets distriktpsikiatriske sentere holder på å knele av henvisningstrykket. Det kan hjelpe å benytte oss av det psykoanalytiske fundamentet vi står på. Målet er å hjelpe de lidende til å leve bedre *med*, ikke nødvendigvis *uten*. Det er gode grunner til at mennesker opplever konsentrasjonsvansker, nedstemthet og engstelse under deres helt bestemte forutsetninger, og det er en unnlattelse å ikke utforske det. Og noen ganger er det en unnlattelse å kalle det for psykiatri i det hele tatt. Psykiatrien har hatt sin servicefase med støtte og merkelapper. Men er det å ta pasienten på alvor – å bli støttet, bekreftet eller oppmuntret til fortsatt uendret livsførsel, bare nå med en forklarende merkelapp å lene seg på? Eller kan det å ta pasienten på alvor bety å møte en terapeut som ser bak ordene, mellom linjene, og vennlig utforsker alle sider av pasienten.

Vi trenger diagnoser, men trenger vi så mange som 541 av dem, som det er i den siste amerikanske diagnosemanualen? Kanskje velmenende tiktok-psykologer skal trekke seg rolig tilbake. La ungdommer oppleve sin turbulente tid, uten å få påtrengt forklarende og passiviserende merkelapper. La voksne innse det ofte umenneskelige presset midtlivsfasen innebærer, uten at en uoppdaget diagnose liksom skal forklare alt. Diagnoseekspansjonen har antakelig hatt en effekt på folkehelsen. Det er blitt en uhensiktsmessig forståelsesramme, et paradigme som kanskje gjør mer skade enn nytte. Om landets terapeuter utviser eksistensielt mot til å la diagnosene ligge, vil vi kanskje se en heldig normaliseringseffekt som etter hvert medfører mindre lidelse og mindre søken til helsevesenet. Da får befolkningen kanskje fred fra tanken om at *det må være noe*.

**«Diagnoseekspansjonen har antakelig hatt en effekt på folkehelsen.
Det er blitt en uhensiktsmessig forståelsesramme, et paradigme
som kanskje gjør mer skade enn nytte»**

Spørsmålet «men hva er det da?» vil fortsatt være like ubehagelig for både pasient og behandler. Istedenfor å krampaktig trylle frem en ny undersøkelse, *second opinion* eller alternativ diagnose, bør vi utvise motet det krever å bli stående foran denne store avgrunnen sammen med pasienten. Vi må modellere at det går an å leve godt uten alle svar, og samtidig forkynne normalitet.

Diagnostisering i psykiatrien burde innlemmes i Gjør kloke valg-kampanjen. En diagnose kan nemlig være overbehandling. Kloke valg handler om å sette stopp, identifisere nok-punktet og ha ryggrad nok til å ikke henfalle til videre undersøkelser. Det kan være indikasjon for en ny gastroskopi, antibiotikakur eller blodtrykksmedisin, men legen må også vurdere om det er *klokt*. Det samme gjelder psykiatere og psykologer før de setter en diagnose, for bordet fanger om den blir satt. Potensielt forbigående tilstander eller sykeliggjorte normalreaksjoner kan låses fast i helsevesenet. Vi må være åpne for at det ikke er en nøytral handling å sette en diagnose, og vi må grundig vurdere om de antatte fordelene oppveier ulempene.

REFERENCES

1. Oftestad EA. Røtter. Oslo: St. Olav forlag, 2021.

2. Caspi A, Houts RM, Ambler A et al. Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203221. [PubMed][CrossRef]
3. Madsen OJ. Hinsides sant eller falskt: En undersøkelse av Ian Hackings teori om mentale lidelsers sosiale dynamikk. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2014; 51: 745–52.
4. Møller V. Flere søker behandling for spaltet personlighet. Skyldes det Tiktok-smitte eller økt åpenhet? *Morgenbladet* 23.9.2024. <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/2024/09/23/flere-soker-behandling-for-spaltet-personlighet-skyldes-det-tiktok-smitte-eller-okt-apenhet/> Lest 22.4.2025.
5. Lakhan SE, Kirchgessner A. Prescription stimulants in individuals with and without attention deficit hyperactivity disorder: misuse, cognitive impact, and adverse effects. *Brain Behav* 2012; 2: 661–77. [PubMed][CrossRef]
6. Huxley A. *Brave New World*. London: Chatto & Windus, 1932.
7. Bjørneboe J. *Drømmen og hjulet*. Oslo: Forente Forlag, 2019.
8. Frances AJ. Keith Connors, Father of ADHD, Regrets Its Current Misuse. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201603/keith-connors-father-adhd-regrets-its-current-misuse> Lest 22.4.2025.
9. Killingmo B. The so-called rule of abstinence revisited. *Scand Psychoanal Rev* 1997; 20: 144–59. [CrossRef]
10. Caper RA. *A Mind of One's Own*. London: Institute of psychoanalysis, 1999.
11. Casement P. *Learning from our mistakes*. Milton Park: Brunner-Routledge, 2002.

Publisert: 2. juni 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0152

Mottatt 27.2.2025, første revisjon innsendt 16.4.2025, godkjent 22.4.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. mars 2026.