

## Dødbringende diagnoser

Af John Read

**Medicinalindustrien, der får næring af vores trang til et hurtigt fix medicin, har effektivt udnyttet sin betydelige magt til at udbrede begreberne "forstyrrelser" og "lidelser" til alle områder i vores liv.**

De psykiatriske behandlingssystemer rundt omkring i verden bygger i vidt omfang på den antagelse, at vrede og forvirring er tilstande, der minder om psykiske lidelser. Her i Oceanien har vi importeret denne opfattelse fra de oversøiske lande og aktivt undertrykt maoriernes og aboriginernes mere holistiske opfattelser af menneskets sindslidelser. Det har vi gjort på trods af talrige undersøgelser, som viser, at helbredelsesprocenten for 'sindslidelser' i 'underudviklede' lande er langt højere end i 'højtudviklede' lande.

I dag bliver stadig flere problemer redefineret som 'forstyrrelser' eller 'lidelser', der siges at skyldes arvelige anlæg eller biokemiske ubalancer. Livets tildragelser betragtes slet og ret som noget, der udløser en underliggende tidsindstillet biologisk bombe.

Således er dyb sorg blevet til 'depressiv forstyrrelse'. Overdreven bekymring er blevet til 'angstforstyrrelse'. Plages man af stærk generthed, lider man af 'evasiv personlighedsforstyrrelse'. Og har man voldelige tendenser, er diagnosen 'eksplosiv periodisk forstyrrelse'. Også umådeholden spilleaktivitet, misbrug af alkohol eller stoffer samt overspisning betegnes som forstyrrelser. Det samme gælder, hvis man ikke spiser nok, sover nok eller har for lidt sex. 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (den amerikanske psykiaterforenings standardværk om sindslidelser, red.) opregner 886 sådanne lidelser. Usædvanlig eller uønsket adfærd betegnes som 'symptomer', og de etiketter, vi sætter på dem, er 'diagnoser'.

Der bliver også sat etiketter på vores børn. Er man dårlig til matematik, kaldes det en 'matematisk forstyrrelse'. Hvis et barn udviser manglende ind- føling med andre mennesker (det, man engang kaldte 'at være uartig'), betyder det, at det lider af 'adfærdsforstyrrelse'. Indebærer 'forstyrrelsen' også, at barnet bliver vredt på voksne mennesker, lider han eller hun (normalt han) af 'oppositionel trodse- forstyrrelse'.

En 'diagnose', der hyppigt nævnes i medierne, er 'opmærksomhedssøgende/ hyperaktiv forstyrrelse'. Blandt 'symptomerne' er rastløshed, nervøsitet, man mister ting, taler overdrevent meget, har svært ved at lege stille og roligt. Selvfølgelig har nogle børn af og til problemer. Men får de hjælp? Måske dækker diagnosen over årsagerne, selv om problemet lokaliseres til kun at findes i barnet, der som konsekvens bliver stemplet.

I virkeligheden er det direkte videnskabelig nonsens at udarbejde adfærdslister, sætte pseudomedicinske etiketter på personer, der udviser adfærden og så bruge tilstedeværelsen af en bestemt adfærd som bevis på, at disse personer har lidelsen. Det fortæller nemlig intet om årsager eller løsningsmuligheder.

Hvordan er denne simplificerede, afgjort uvidenskabelige og ofte skadelige tilgang blevet så udbredt?

Først og fremmest er det fristende at undlade at forholde sig til livets smertelige tildragelser, der forårsager vores problemer. Hvis vi bare accepterer den forhåndenværende diagnose, kan vi ikke identificere, hvad lidelsen kunne skyldes. Ingen skal gøre noget nyt andet end at tage pillerne. Vi har bare være så uheldige at få 'sygdommen'.

Dernæst er en individuel patologisk model uvurderlig for politikerne. De behøver ikke bruge penge på forebyggende programmer for psykosociale problemer — overvældende stress, fattigdom, diskriminering, vanrøgt eller misbrug af børn, ensomhed, for blot at nævne nogle af dem — skønt forskningen gang på gang har påvist, at disse forhold spiller en vigtig rolle i nedbrydningen af den mentale sundhed.

Og en interessant teknologisk udvikling til undersøgelse af hjernen og generne giver håb om, at vi snart finder frem til de biologiske årsager til og løsninger på menneskets lidelser og forvirring.

Endelig er en ny spiller kommet på banen i debatten om arv og miljø. Medicinalindustrien, der får næring af vores trang til et hurtigt fix medicin, har effektivt udnyttet sin betydelige magt til at udbrede begreberne 'forstyrrelser' og 'lidelser' til alle områder i vores liv. Medicinalfirmaernes hovedformål er at skabe overskud til aktionærene. Så selvfølgelig opfordrer de os til at diagnosticere spisning, søvn og alt for voldsomme (eller afdæmpede) følelser som lidelser, der kræver medicinsk behandling.

Efter i 20 år at have lyttet til mennesker, der har været så uheldige at få stemplet 'skizofreni' — som anses for at være den mest ekstreme form for 'sindslidelse' — og efter i 10 år at have forsket i årsagerne til hallucinationer og vrangforestillinger mener jeg, at offentligheden forstår sindssyge bedre end vi eksperter.

Ifølge meningsmålinger fra hele verden mener de fleste mennesker, at følelsesmæssige problemer, også de, der opfattes som alvorlige, at høre stemmer for eksempel, hovedsagelig skyldes dårlige oplevelser snarere end defekte hjerner eller gener. Offentligheden foretrækker også en psykosocial tilgang — samtale og rådgivning, hjælp til at finde venner eller et arbejde — snarere end medicin, elektrochok eller indlæggelse på et psykiatrisk sygehus.

Visse eksperter afviser imidlertid disse synspunkter som 'mentalhygiejnisk analfabetisme'. De insisterer fortsat på, at psykiske sygdomme ligner alle andre sygdomme, selv om talrige undersøgelser viser, at jo mere vi anvender denne medicinske model, jo mere fordomsfulde og berøringsangste bliver vi.

Det psykiatriske behandlingssystem burde tilbyde mere og andet end at undertrykke vores følelser ad kemisk vej eller få vores børn til at sidde stille ved at give dem amfetamin (hvilket ikke alene lærer børn, at problemer bedst løses ved at tage piller, men også hæmmer deres vækst med gennemsnitlig en centimeter om året). Vi råder over en lang række behandlingsmetoder, som ikke forårsager vægtforøgelse, seksuel dysfunktion, hukommelsestab eller afhængighed. Sponsorer og politikere, som bliver ved med at støtte relevant forskning, er langsomt begyndt at indføre mere

samtaleterapi (såsom kognitiv terapi og traumefokuseret rådgivning), flere alternativer til hospitalsindlæggelse, flere kulturelt egnede tilbud, mere familiefokuseret terapi og, allervigtigst, mere seriøs brugerevaluering af, hvilke af disse tilbud der faktisk virker.

Når disse nye behandlingsmetoder ikke bruges oftere, skyldes det ikke, at de ikke virker. Den væsentligste hindring er, at de ikke øger medicinalfirmaernes profit, som vore brancheorganisationer, konferencer, tidsskrifter, forskning og undervisningsinstitutioner — i mangel af offentlige bevillinger — er blevet så afhængige af.

**Dr. John Read er lektor i psykologi ved universitetet i Auckland, New Zealand, og forfatter til bogen *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*.**

*Oversættelse: Frederikke Ingemann Hansen og Lorens Juul Madsen*

Sakset fra Politiken Debat af 7. august 2006