

Hvorfor er det så vanskeligt at stille en skizofrenidiagnose?

Forklaringerne må søges inden for uddannelsesmæssige, organisatoriske og individuelle psykologiske forhold.



Peter Handest, overlæge, ph.d., klinisk lektor, Psykiatrisk Center Ballerup, peter.handest@regionh.dk.



Julie Nordgaard Frederiksen, overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center Hvidovre, julie.nordgaard@frederiksen@regionh.dk.

INTERESSKONFLIKTER: Peter Handest har fået honorar for undervisning i psykopatologi, diagnostik og klassifikation fra Shire, Janssen, Bristol-Myers Squibb, Lundbeck, Eli Lilly, Otsuka, AstraZeneca, Moderniseringsstyrelsen, European Psychiatric Association og en række psykiatriske afdelinger i ind- og udland. Julie Nordgaard Frederiksen har fået honorar for undervisning i interviewteknik, psykopatologi og diagnostik fra Bristol-Meyers-Squibb, Otsuka, AstraZeneca og Moderniseringsstyrelsen.

Forebyggelsestanken er fremtrædende inden for skizofrenibehandling og anden psykiatrisk behandling. Ideen om, at man ved en tidlig indsats kan mildne eller endog forhindre sygdomsudviklingen og dermed mindske patientens lidelse, er både sympatisk og \$ og en betydelig del af den psykiatriske forskning er rettet mod dette. Fokus inden for skizofrenibehandling har gennem de seneste år været på tidlig opsporing af begyndende og prodromal skizofreni. I forbindelse med den netop udgivne DSM-5 [1] blev det diskuteret, hvorvidt diagnosen »attenuated psychosis syndrome« skulle inkluderes, netop for at kunne opfange de begyndende, »mildere« tilstande. Diagnosen kom ikke med i den egentlige diagnoseliste, men findes i sektion III, Conditions for Further Study (DSM-5 2013).

Vi undrer os over denne udvikling, idet der i psykiatrien, såvel i Danmark som internationalt, er store vanskeligheder med at stille skizofrenidiagnosen trods et fuldt udviklet sygdomsbillede. Vi mener, at inden vi begynder at indføre nye diagnostiske klasser, burde vi i første omgang rette vores indsats mod at optimere de diagnostiske processer, således at patienter, der allerede lider af skizofreni, får stillet den korrekte diagnose.

PSYKOSEN OPDAGES IKKE

I klinikken oplever vi ofte, at det enten ikke opdages, at patienten er psykotisk, eller at patienten trods registrerede psykosesyntomer ikke diagnosticeres relevant. Et toårigt hollandsk *follow-back*-studie [2] har vist, at af patienter med to psykosesyntomer fik 25% enten en ikkepsykosediagnose eller slet ingen diagnose. Af patienter med ét psykosesyntom fik kun 37% en psykosediagnose. Det forholder sig efter vores erfaringer på samme måde her i landet; to typiske sygehistorier kan belyse problematikken.

En 33-årig kvinde havde siden november 2011 har været i psykiatrisk behandling for depression med psykose og borderlinepersonlighedsforstyrrelse. Hun har (på et psykiatrisk center) været i behandling med først sertralin og siden ECT mod depression. Derefter

blev hun henvist til depressionsbehandlingspakke (på et andet psykiatrisk center), hvor man afviste depressionsdiagnosen og i stedet tilbagehenviste til behandlingspakke for personlighedsforstyrrelse, som hun gennemgik. Skizofrenidiagnosen blev stillet i august 2013 med kriterierne hallucinationer (to år varende) med overlødig ideer/vrangforestillinger og negative symptomer.

En 29-årig kvinde havde siden april 2010 havde været i psykiatrisk behandling for OCD, depression, depression med psykose, bipolar affektiv sindslidelse og borderlinepersonlighedsforstyrrelse. I maj 2010, under en indlæggelse, blev det for første gang beskrevet, at patienten var syns- og hørehallucineret og ved efterfølgende ambulante forløb og indlæggelser blev der løbende beskrevet psykosesyntomer. Stemningsstabiliserende behandling med aripiprazol medførte betydelig symptomlindring, bl.a. ophør af hørehallucinationer. Litium forværrede tilstanden. Skizofrenidiagnosen blev stillet i juli 2013 med kriterierne hallucinationer med vrangforestillinger, negative symptomer og formelle tankeforstyrrelser.

” I klinikken oplever vi ofte, at det enten ikke opdages, at patienten er psykotisk, eller at patienten trods registrerede psykosesyntomer ikke diagnosticeres relevant.

Forklaringerne på den manglende diagnosticering af skizofreni må søges inden for uddannelsesmæssige, organisatoriske og individuelle psykologiske forhold. Personale med mangelfuld psykopatologisk viden, begrænset erfaring og rutine og inadækvat kendskab til psykiatrisk interview [3] er indlysende forklaringer. Organisatoriske forhold som arbejdsgange, tidsfor-

brug og valg af diagnostiske instrumenter, der i højere grad bestemmes af administrative, økonomiske og ideologiske faktorer end faglige hensyn, begrænser oftere end faciliterer den diagnostiske proces.

Psykiatrisk diagnostik adskiller sig fra den somatiske. Diagnosen »tibiafraktur« kan stilles ud fra et røntgenbillede, men så simpel og utvetydig er den psykiatriske diagnostik aldrig. Den psykiatriske diagnose stilles ud fra et helhedsbillede af patienten, en gestalt, sammensat af livsforløb, funktionsniveau, tidligere og aktuel psykopatologi, etc., hvor mødet med patienten er essentielt. Ordentlig psykiatrisk diagnostik er tidskrævende. Selv ved diagnostisk ukomplicerede tilstande tager et grundigt interview med efterfølgende journalføring flere timer.

OPSPLITTET DIAGNOSTISK PROCES

Arbejdsgangene i psykiatrien levner ofte kun kort tid til patientsamtaler. Den diagnostiske proces opsplittes på den måde i flere løsrevne kontakter med patienten og involverer ofte flere forskellige personer, hvilket modvirker dannelsen af helhedsbilledet af patienten og dennes lidelse.

Generelt ser vi manglende eller insufficiante strukturer til at udvikle og fastholde psykopatologisk og diagnostisk kunnen. Der bør være fora, hvor psykopatologi og diagnostik kan drøftes. Som klinikker og lignende. En meget vigtig, men ofte overset faktor er den psykologiske mekanisme, *principle of charity* [4, 5]. Dette er en normalpsykologisk tendens til ubevidst og automatisk at kompensere for og normalisere samtalepartnerens mangelfulde argumentation, manglende logik, irrationalitet, etc. så samtalepartneren fremstår mere rationel og normal og dermed forståelig.

Det ses ofte, at lægen efter en længere samtale med en patient har svært ved at skaffe sig overblik over sværhedsgraden og strukturen af sygdomsbilledet og derved stille den rigtige diagnose. I lyset af en efterfølgende diskussion med kolleger fremstår de psykopatologiske fænomener og dermed diagnose pludselig væsentlig tydeligere.

Normalisering og fejltolkning af patientens oplevelsers og beskrivelser er hyppigt



Det har været en rutsjebanetur ad Helvede til.

CITAT: EN PATIENT

årsag til manglende skizofrenidiagnosticering trods observerede skizofrene psykosymptomer. F.eks. at kalde hallucinationer for dissociative symptomer. Jævnligt tror man ikke på, eller bagatelliserer patientens udsagn, som f.eks. at patienten nok ikke rigtig hører stemmer eller ikke er hørehallucineret på den rigtige måde (»det er bare noget hun siger...«), som om patienten havde en skjult interesse i at fremstå som sindssyg.

MANGLENDE VIDEN

Manglende viden om skizofrene forløbs- og fremtrædelsesformer er hyppig. Forpinthed tolkes som nedsat stemningsleje, isolationstendens og manglende aktivitet (negative symptomer) som dovenskab, og aggression på persekutorisk baggrund som dyssoziale træk. Den typiske opfattelse af patienter med skizofreni, også i befolkningen som helhed, er, at patienter med skizofreni altid er udtalt og objektivt tydeligt psykotiske og adfærdsforstyrrede. Hvorfor de mange velklædte og velsoignerede patienter (med skizofreni) selvfølgelig ikke kan lide af skizofreni!

Individuelle psykologiske faktorer er også betydende. F.eks. at lægen ønsker at undgå den svære og belastende situation at konfrontere det andet menneske med, at vedkommende kan være sindssyg eller grundlæggende irrationel (*principle of charity*), eller at påtage sig den opgave, det er at informere om skizofrenidiagnosen, fordi patientens og/eller pårørendes reaktion frygtes.

Tilbageholdenhed med at stille en diagnose for ikke at stigmatisere ses også.

Den manglende diagnosticering af ski-

zofreni har betydelige følger og fører bl.a. til skiftende diagnoser og behandlingstiltag, længere indlæggelser og ambulante forløb, ineffektive behandlingsforløb og øget resurseforbrug. Ikke mindst er det til stor gene og frustration for patienterne. Som en af vores patienter sagde om forløbet: »Det har været en rutsjebanetur ad Helvede til«.

For at modvirke disse mekanismer foreslås øget fokus og allokering af resurser til præ- og postgraduat uddannelse i psykopatologi og diagnostik, herunder særligt fokus på vigtige faktorer som *principle of charity*, og organisatoriske ændringer, så arbejdsgange, etc. ændres til i højere grad at facilitere den diagnostiske proces.

Se svar til kronikken på side 2745

LITERATUR

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Association. 2013.
2. Boonstraat N, Wunderink L, Sytema S, Wiersma D. Detection of psychosis by mental health care services; a naturalistic cohort study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4:29 2008
3. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5.
4. Parnas J. The Breivik case and "condition psychiatrica". *World Psychiatry*. 2013 Feb;12(1):22-3.
5. Davidson D. *Inquiries into truth and interpretation*. Oxford: Clarendon Press, 1974.