
Vi må snakke om kvinnehelse også i psykiatrien

DEBATT

INGRID LINN SUNNIVA ERDAL ADRIANSEN JAKOBSEN

ingrid.adriansen@gmail.com

Ingrid Linn Sunniva Erdal Adriansen Jakobsen har jobbet som lege i psykiatri siden 2014 og er nå konstituert overlege ved Regional enhet for spiseforstyrrelser ved Nordlandssykehuset i Bodø.

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

Kjønnsskjevheter i diagnostikken av psykiske lidelser kan føre til at kvinner ikke får rett diagnose eller at de får den sent. Dette kan bidra til unødvendige belastninger for disse pasientene.

Linn blir lagt inn på akuttpsykiatrisk avdeling. Igjen. Hun vil dø og har kuttet seg på håndleddet. Legen og miljøpersonalet på avdelingen kjenner henne godt, og alle vet at hun sikkert blir skrevet ut om noen dager. Linn forteller igjen om selvmordstanker og at hun skadet seg selv for å lette på trykket. Når legen spør om hun tror hun vil gi beskjed når selvmordstankene kommer, nikker hun. Hun har sluttet å fortelle om stemmene hun hører og at det føles som om det er noen andre som styrer henne når hun skader seg. Hun har sluttet å fortelle at hun noen ganger er så usikker på om hun eksisterer at hun må sjekke ved å se om hun blør. Hun nevner ingenting om skyggene hun ser og følelsen av at noen alltid ser på henne.

Etter at hun fikk borderlinediagnosen (emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse) som tenåring, blir alle hennes merkelige opplevelser uansett forklart med den. Hun har aldri kjent seg igjen i diagnosen, men har ikke noen bedre forklaring selv. Hun har tatt imot alle tilbud om dialektisk adferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi, gruppeterapi og har forsøkt å følge råd om å ta ansvar for eget liv og bestemme seg for å bli frisk. Men hun vet ikke hvorfor hun ikke får det til. Det vet ikke behandlerne hennes heller. Og ting blir bare blir verre. Nå tør hun ikke gå ut av huset lenger og hun må ha hjelp til dagligdagse gjøremål. Hun har bare noen dager på seg på akuttposten til å hente seg inn akkurat nok til å overleve noen måneder til.

Linn er nå 20 år. Ytterligere fem år som svingdørspasient og fire behandlerbytter skal til før noen stusser ved henne lave funksjon og noe påfallende utsagn. Først da blir hun henvist til utredningen som gir diagnosen schizofreni.

Linns historie er fiktiv, men antakelig gjenkjennbar for mange. Den er basert på flere lignende pasientmøter jeg har hatt som lege i psykiatrien – unge kvinner som siden ungdomsårene har slitt med for eksempel konsentrasjonsvansker, affektutbrudd, selvsykdom, stemmehøring, sosial isolasjon, lav fungering på skolen eller i jobb og som diagnostiseres med personlighetsforstyrrelser, depresjoner, generalisert angstlidelse eller posttraumatisk stress. Dette er lidelser som de må gjennom flere år med terapi for å gjøre noe med. Terapi som ikke fungerer og som får pasientene til å føle seg mislykket og skamfulle. Beskjeden de får, er at de ikke prøver hardt nok.

Det handler ikke bare om uoppdagede psykoselidelser. I psykiatrien har jeg sett sosial angst som var autismspekterforstyrrelse, engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse som var schizotypi og borderline personlighetsforstyrrelse som var ADHD. Og jeg har sett spiseforstyrrelser, depresjoner, tvangslidelser og posttraumatisk stresslidelse samtidig med alle disse.

Har kjønn blitt et diagnosekriterium?

Kjønn står ikke nevnt som kriterium for noen psykisk lidelse i ICD-10-manualen. Men jeg har i løpet av mine år i psykiatrien fått inntrykk av at det kan begrense hvilke diagnoser man utreder for.

«Jeg har i løpet av mine år i psykiatrien fått inntrykk av at kjønn kan begrense hvilke diagnoser man utreder for»

Symptomer som hos en mann gir klar indikasjon for videre utredning av nevropsykiatriske lidelser eller psykose, blir etter min erfaring oftere fortolket som mildere affektive lidelser, angstlidelser, traumer og personlighetspatologi hos kvinner. Stemmehøring blir tolket som et traumesymptom, paranoide vrangforestillinger blir til generalisert angst, uvirkelighetsfølelse og konsentrasjonsvansker er dissosiasjon, selvsykdom er bare en måte å få oppmerksomhet på og affektive svingninger handler først og fremst om dårlig følelsesregulering. Leter man kun etter angst og depresjon eller personlighetsforstyrrelse, så er det gjerne det man finner. Diagnose settes, det føres inn i statistikken – og den erkjente sannheten om at dette er det kvinner lider av, blir bekreftet og forsterket.

Å få diagnosen schizofreni, autisme eller ADHD vil ikke nødvendigvis medføre en umiddelbar bedring av pasientens symptomer. Men det kan være terapeutisk å vite at vanskene man har, ikke bare skyldes at man ikke har jobbet hardt nok. Riktig diagnose gir dessuten grunnlag for riktig behandling, tilpasset terapeutisk tilnærming fra støttepersonell og ikke minst rettigheter til hjelp hjemme.

Jeg tror vi mangler kunnskap om kvinnehelse også i psykiatrien, kanskje spesielt om hvordan de nevropsykiatriske lidelsene arter seg hos kvinner. Mangel på kunnskap begrenser hva vi klarer å finne, og kanskje mangel på nysgjerrighet hindrer oss i å lete i det hele tatt.

«Har man behandlet en pasient i flere år uten bedring eller endring, så må man være nysgjerrig på hvorfor det er sånn. Er diagnosen riktig?»

Har man behandlet en pasient i flere år uten bedring eller endring, så må man være nysgjerrig på hvorfor det er sånn. Er diagnosen riktig? Jeg tror vi må huske på at kjønn ikke er et eksklusjonskriterium for noen psykiatrisk diagnose, og uavhengig av pasientens kjønn må vi utelukke de alvorligste diagnosene og deretter jobbe oss nedover ICD-10-pyramiden. Vi trenger mer og bedre forskning på hvordan alvorlig psykisk lidelse og nevropsykiatriske lidelser arter seg hos kvinner. Men først må vi stille de riktige diagnosene.

Publisert: 28. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0150

Mottatt 22.2.2023, godkjent 14.3.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.