

Kan Mysterier rommes i et moderne diagnosesystem?

Svenn Torgersen

Kan Mysterier rommes i et moderne diagnosesystem?

Debatten rundt nye DSM-5 har vært voldsom. I kulissene står sterke personligheter.

Det der, sier han, det er jo bare nervøsitet det, sier han. Å gud, hvilken komedie av en mann en sådan lege er! Godt. Men dette er jo bare nervøsitet det, sier han. For legens hjerne er det en ting av de og de dimensjoner, så mange tommer i høyden og så mange tommer i bredden, noe man kan legge i neven, god, tykk nervøsitet

Hvorfor ble den femte utgaven av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* slik den ble? For å si noe om dette er det nødvendig å se på den historiske og kulturelle bakgrunn for DSM, prosessen bak utviklingen av DSM-5, hvordan DSM-5 ble, kontroversene, menneskene som influerte prosessen, og kanskje prøve å nærme seg noe av det innebygde problemet i alle utgaver av DSM, så vel som i den mentale seksjonen av ICD (*International Classification of Diseases*), nemlig forskjellen på ren klassifikasjon og diagnoser.

De moderne klassifikasjonssystemene i medisinen startet i slutten av det nittende århundre med *Bertillon Classification of Causes of Death*. Som navnet tilsier, var det i realiteten et system for registrering av dødsårsaker. Dette var egentlig et fransk system, men ble etter hvert tatt i bruk internasjonalt. Først i utgave 5 ble mentale forstyrrelser inkludert i en mer rudimentær form. Et mer omfattende system som også inkluderte skader og sykdom, ikke bare død, kom i utgave 6 i 1948, og navnet ble endret til *International Classification of Diseases (ICD)*. Deretter fortsatte det med utgivelser i regi av WHO i årene som fulgte. ICD-10 (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*) ble publisert i 1993, og i 2015 forventes de første kapitlene av ICD-11, mentale forstyrrelser, å komme.

De moderne klassifikasjonssystemene i medisinen startet i slutten av det nittende århundre med Bertillons Classification of Causes of Death

På nasjonalt nivå ble det utviklet diagnosesystemer som utelukkende omfattet mentale forstyrrelser. Det eneste av disse som har hatt noen betydning utenfor landets grenser, er det amerikanske systemet DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Den første utgaven kom i 1952. Den var preget av 2. verdenskrigs ekstreme påkjenninger, og Adolf Meyers «common-sense» psykiatri lå til grunn for betegnelsene på tilstandene (Meyer, 1948). Han betonet at mentale forstyrrelser var psyko-sosio-biologiske reaksjoner på forhold, situasjoner og hendelser. Derfor ble ordet «reaksjoner» lagt til i alle betegnelsene av tilstandene. Det het schizofrene reaksjoner, depressive reaksjoner og så videre.

Imidlertid, forløpet til krigen, og selve krigen, hadde også en annen konsekvens. En rekke jødiske, venstre-intellektuelle og liberale psykologer, samfunnsvitere og leger flyktet til USA. Forbausende nok møtte jødene, selv etter krigen, betydelige fordommer, noe som gjorde det vanskelig å få arbeid i private og offentlige helseinstitusjoner. De gikk i stedet til universitetet, og slo seg også hyppig ned som privatpraktiserende terapeuter. Fra hjemlandene i Europa var de kjent med psykoanalysen, den egnet seg godt til privatpraksis, og dette tenkesettet fikk et kraftig oppsving i USA båret fram av de mange særs dyktige innvandrerne. Basert på deres innflytelse ble det utarbeidet et nytt diagnosesystem i regi av APA (American Psychiatric Association) bygget på et psykodynamisk grunnlag. Dette kom i 1968 (DSM-II), på et tidspunkt da vinden allerede hadde gått ut av seilet for psykodynamisk tenkning i USA.

En tidligere bølge av tysk utvandring hadde preget befolkningssammensetningen i Midtvesten. I St. Louis, Missouri var det et miljø av psykiatere som var godt forankret i kraepeliansk tenkning med vekt på nitid, pålitelig klassifikasjon av mentale forstyrrelses framtredelesform. De utarbeidet de såkalte «Research Diagnostic Criteria», RDC. Kriteriene og prinsippene for klassifikasjonene ble utformet i en artikkel hvor det var Feighners tur til å være førsteforfatter (Feighner, J. Robins, E., Woodruff, R., Winokur, G. & Munoz, R., 1972). Følgen var at han i noen år framover var den mest siterte førsteforfatter innenfor feltet i USA. En ny tid var i anmarsj. Det ble publisert artikler som viste en frapperende mangel på reliabilitet for mentale diagnoser, for eksempel depresjoner. Samtidig skjøt utviklingen og anvendelsen av psykofarmaka fart, særlig antidepressiver. Firmaene ønsket pålitelig diagnostikk for å definere anvendelsesområder og å fastslå effekten av behandlingen.

I New York fantes det et aktivt forskningsmiljø bestående av psykiatere, psykometrisk godt skolerte psykologer og epidemiologer (The New York State Psychiatric Institute, Columbia universitet). Instituttet ble ledet av en ung dynamisk psykiater som hadde blitt berømt fordi han lyktes med å få luket ut homoseksualitet per se som en diagnose blant de mentale forstyrrelser; en rastløs, energisk New York liberaler, Robert Spitzer, som senere er blitt betegnet som det tjuende århundres mest innflytelsesrike psykiater. Han ble formann for en komite som skulle lage et diagnosesystem hvor premissene var reliabilitet, frihet fra teoretiske spekulasjoner om årsaker og teoriladet begrepsverktøy, men velegnethet for empirisk forskning. Anvendbarhet i klinisk sammenheng måtte naturligvis også vurderes, men det kom neppe i første rekke. De antatt mest dyktige ekspertene ble formenn for komiteene, og disse i sin tur pekte ut medlemmer av komiteene,

et stramt regime hvor kompetanse var prioritert foran posisjon, en typisk amerikansk holdning, forskjellig fra den europeiske stusholdningen som preget arbeidet med ICD.

Til alles overraskelse ble DSM-III en formidabel salgssuksess, en virkelig bestselger. Det var bare Bibelen, Koranen og Maos Lille Røde som kunne konkurrere (noen ville ha det til at DSM-III fint kunne gli inn blant de tre og danne en kvartett). I enkelte toneangivende land ble den imidlertid møtt med skepsis og dårlig skjult misunnelse. Storbritannia ble erklært for DSM-fri sone, en holdning som Peter Tyrer, formann for personlighetsforstyrrelseskomiteen i arbeidet mot ICD-11, igjen har trukket fram (Tyrer, 2013). Skandinavia, ikke minst Norge, det mest amerikanske landet etter USA, og før Canada, var svært begeistret for det nye systemet for klassifikasjon av mentale forstyrrelser. DSM-III innebar en sterk inspirasjon til forskning om mentale forstyrrelser, særlig førte det til at forskningen om personlighetsforstyrrelser skjøt i været. Ved at personlighetsforstyrrelser befant seg på en egen akse, forelå det nemlig en anledning til å gi en slik diagnose uavhengig av en eventuell symptomdiagnose.

WHO fant ut at de måtte gjøre noe. De gikk i gang med å utvikle en klassifikasjon som de mente skulle bli noe helt annet og bedre enn DSM-III, nemlig F-gruppen av diagnoser innenfor ICD-10, men som på mange måter ble en blåkopi av DSMIII. Det forelå i to utgaver i 1993, en blå bok med såkalte kliniske kriterier og en grønn bok med forskningskriterier. De kliniske kriteriene, hvis de var forskjellig fra de forskningsmessige, besto stort sett bare av en sammenskriving av de forskningsmessige kriteriene. Uheldigvis ble bare den blå boka, de såkalte kliniske kriteriene, oversatt til norsk, og «disorder» ble oversatt med det patetiske og gammelmodige ordet «lidelse».

Så forelå en liten revisjon med DSMIII- R i 1983, DSM-IV i 1994 og DSM-IVTR i 2000. Enkelte hierarkier ble opphevet, antall diagnoser økte kraftig. Det hadde økt fra 106 i DSM-I, 182 i DSM-II, 265 i DSM-III, 297 i DSM-IV til 365 i DSMIV- TR. Utover 2000-tallet fant enkelte behov for et oppdatert diagnosesystem, basert på nyere forskning. Noen ønsket også noe helt nytt. Andre, særlig i det kliniske miljøet, ville ikke ha særlige endringer fra det de var vant til. Med dette splittede mandatet startet man rundt 2007 med den revisjonen som skulle bli DSM-5, og den nye manualen gikk i trykken våren 2013.

Premisser og endringer i DSM-5

Et premiss for DSM-5 var å basere endringer på forskning. Dette vil stort sett si reliabilitetsstudier. Omfattende forskningsprosjekter ble gjennomført, med moderate resultater. En følge av disse studiene ble at forslaget på en blandet angstdepressiv forstyrrelse som man har i ICD- 10, ikke gikk gjennom. Et annet resultat var at problemet med å differensiere reliabelt mellom autisme, Aspergers syndrom, atypisk autisme og «pervasive developmental disorder» førte til at det hele ble slått sammen til autismespektrumforstyrrelse av varierende alvorlighetsgrad. Av samme grunn ble alkoholmisbruk og alkoholavhengighet slått sammen til eufemismen alkoholbruk. Schizotyp personlighetsforstyrrelse ble gruppert ikke bare blant personlighetsforstyrrelsene, men også sammen med schizofreni, da det synes å eksistere en genetisk assosiasjon.

Klinisk bruk skulle tas hensyn til. Den var en av grunnene til at undergruppene av schizofreni, slike som paranoid og disorganisert, forsvant.

Komiteen sier selv å ha lagt vekt på kulturelle aspekter og kjønnsaspekter. Dette kommer stort sett bare fram i at de nevner forekomst i ulike befolkningsgrupper i USA og variasjon i forekomst i ulike land. Pussig nok nevnes Norge, ved å skrive at i Norge har man funnet en prevalens på 0,6 for schizotyp personlighetsforstyrrelse (det fant man faktisk i en undersøkelse i Oslo, Torgersen et al, 2001). Kjønn kommer først og fremst inn ved at de nevner ulikhet i forekomst mellom kjønnene.

Det er lagt vekt på harmonisering med utviklingen av ICD-11. Dette har man delvis gjort ved å ha felles møter, delvis at Norman Sartorius, ansvarlig for mentale forstyrrelser i WHO, har vært konsulent i utviklingen av DSM-5. Det å plassere schizotyp personlighetsforstyrrelse sammen med schizofreni er nevnt av komiteen å være en harmonisering (APA, 2013). Man kan vel også si at det å forlate det multiaksiale systemet er en harmonisering til ICD. Ellers har komiteene for personlighetsforstyrrelser i DSM-5 og ICD-11 gått hver sine veier. DSM-5 for personlighetsforstyrrelser kommer vi tilbake til. Når det gjelder ICD-11, har ønsket om at diagnosen personlighetsforstyrrelser anvendes mer, vært i forgrunnen (Tyrer et al., 2011). Derfor er det lagt opp til en enkel måte å klassifisere personlige problemer på. Først dreier det seg om lette vansker som hindrer gjensidig forståelse. Begrepet gjensidig forståelse er sentralt i defineringen av personlighetsforstyrrelser. Et trinn høyere opp i alvorlighetsgrad kommer de egentlige personlighetsforstyrrelsene. Neste trinn på stigen er komplekse personlighetsforstyrrelser, noe som innebærer mange former for personlighetsproblemer, og til slutt personlighetsforstyrrelser

som er en trussel på livet for en selv og/eller andre. Forslaget til ICD- 11 omfatter fem personlighetsforstyrrelser, beskrevet med kliniske kriterier slik som i DSM-VI og ICD-10. Det omfatter asosial/schizoid (i dag schizoid, paranoid, schizotyp), engstelig/avhengig (unnvikende, avhengig), følelsesmessig ustabil (histrionisk, ustabil (borderline), narcissistisk), dyssosial/antisosial og tvangspreget, som beholdes. Som vi senere skal se, er dette langt enklere enn hva komiteen for DSM-5 foreslo. Ellers vet vi bare litt om hva komiteene for stemningsforstyrrelser og schizofreni vil foreslå (Volpe, 2013). Det synes å bli ganske likt DSM-5, men krav om en måneds varighet for schizofreni opprettholdes fra ICD-10, og ikke et halvt år som i DSM.

Et prinsipp som gjerne nevnes som den største endringen fra DSM-IV til DSM- 5, er det såkalte livsløpsprinsippet. Det har ført til at man har plassert forstyrrelser som tidligere var i et eget kapittel kalt forstyrrelser som oppstår i barndom og ungdom, sammen med forstyrrelser som helst diagnostiseres i voksen alder. Separasjonsangst og selektiv mutisme er eksempelvis plassert sammen med angstforstyrrelser som panikkforstyrrelse, fobier og generalisert angstforstyrrelse. Opposisjonsforstyrrelse og atferdsforstyrrelse er plassert sammen med «intermittent eksplosive disorder», pyromani og kleptomani. Antisosial personlighetsforstyrrelse er også plassert i denne gruppen, i tillegg til å være blant de andre personlighetsforstyrrelsene. Disruptiv stemningsdysreguleringsforstyrrelse er blant depresjonene. Dette omfatter kronisk irritable barn med hyppige sinneanfall. Det hevdes at slike barn ofte har blitt gitt diagnosen pediatrik bipolar. Dette er feil, sies det, ettersom irritabiliteten som disse barna viser, er kronisk, stabil, ikke episodisk som ved bipolar. Så den nye diagnosen forsvares ved at den sparer barn for en feilaktig alvorlig diagnose med resulterende feilaktig medisinerings. Reaktiv tilpasningsforstyrrelse og uhemmet sosialt engasjementforstyrrelse hos barn er plassert sammen med posttraumatiske forstyrrelser og tilpasningsforstyrrelser. Pica (å spise rare ting som ikke er mat) og «rumination disorder » (gulping), som helst forekommer hos barn, er plassert sammen med anoreksi og bulimi.

Prinsippet om spektrum nevnes flere ganger av komitemedlemmer (Regier et al., 2013). Det følger av prinsippet om mentale forstyrrelsers kontinuitet langs en dimensjon. Vi har allerede sett at dette er tilfellet for schizofreni og autisme. Alvorlighetsgrad spesifiseres hyppig. For depresjoner gis ulike koder for mild, moderat, alvorlig. Men dette finnes også i tidligere utgaver av DSM.

DSM-5 manualens kapitler er organisert slik at forstyrrelser som kan ha felles årsaker og/ eller har lignende alvorlighetsgrad, er gruppert nær hverandre. Dette gjelder schizofrent spektrum og bipolar, dernest depresjoner, angst og så tvangspregede forstyrrelser.

En del omgrupperinger er foretatt. Tilpasningsforstyrrelser er gruppert sammen med posttraumatiske forstyrrelser, reaktiv tilknytningsforstyrrelse og uhemmet sosialt engasjement i gruppen traume og stressrelaterte forstyrrelser. «Hoarding», samleforstyrrelse, har kommet inn som en ny forstyrrelse, sammen med utbrytergruppen fra angstforstyrrelser, tvangsforstyrrelser.

Sorg ved tap gjennom dødsfall er fjernet som eksklusjonsgrunn til depresjoner. Dette har mange reagert på ut fra den mening at sorg er naturlig og ingen forstyrrelse.

Forstyrrelser knyttet til spising og slanking er blitt en gruppe uansett om de opptrer oftest hos barn eller hos voksne. «Binge-eating» er en av de få tilstander fra DSM-IV sin venteliste som har fått status som fullverdig diagnose. En annen diagnose som har avansert fra DSM-IV sin venteliste er premenstruell dysfori. Det samme gjelder også gambling.

Kontroverser

Neppe hadde komiteen kommet i gang med arbeidet rundt 2007, før lederne for DSM-III- DSM-IV komiteene, Robert Spitzer (Spitzer, 2008) og Allen Frances (Frances, 2009) spratt fram med flengende kritikk av starten på arbeidet. Michael First (First, 2010), den dyktige grå eminense som hadde ført mye av de tidlige utgavene i pennen, sluttet seg til kritikken. Deres første kritikk dreide seg om måten arbeidet startet på, det var altfor mye hemmelighetskremmeri. Dernest angrep de de sterke bindingene til medikamentindustrien som mange av komitemedlemmene hadde. Lederne i komiteene og deres støttespillere slo tilbake med at tidligere komitemedlemmer hadde royalties fra tidligere utgaver av manualen og derfor ikke ville ha noen ny (Schatzberg et al., 2009). Saklighetsnivået på debatten var således alltid høyt. Etter hvert knyttet kritikken seg til at grensene for å få en diagnose ble senket, ved at færre kriterier var nødvendig for å få diagnose. Dette ville kunne føre til en medikalisering av samfunnet. Vanlig atferd ble diagnostisert, og overbehandling ville kunne finne sted (Frances & Widiger, 2012). Svaret på kritikken var at diagnoser også utløste rettigheter (David Kupfer, foredrag i Oslo, 2013). Dessuten ble mange mennesker også i dag behandlet som ikke oppfylte kriteriene for en diagnose. Å kunne gi dem en diagnose ville skape mer ryddige forhold og var viktig, ikke minst slik systemet er med at private forsikringsselskaper betaler i USA. Motstanderne hevdet at den dramatiske økningen i medikamentell behandling av barn i USA i løpet av det siste tiår bare ville øke med forslaget til DSM-5. Dessuten, ved at diagnoser typisk for

barn kom i samme gruppe som diagnoser som er vanlig blant voksne, kunne inntrykket feste seg at tilstandene var kroniske.

Slurvete arbeid ble også kritisert (Jones, 2012). DSM-5 skulle bygge på empirisk forskning. Men ikke bare validitets-studier, også reliabilitetsstudiene ble slumsete utført. Og man kom i tidsnød før utgivelsen, slik at planer om utprøving og kvalitetssikring utover det enkleste nivået ikke ble gjennomført.

Men den kanskje mest dramatiske kritikken kom fra et uventet hold, nemlig NIMH (National Institute of Mental Health). Direktør Thomas Insel hadde i flere artikler ivret for å knytte diagnoser til endofenotyper og biologi (Insel & Cuthbert, 2010). Insel og Miller (2010), sammen med NIMH, hadde lansert det såkalte RDoC-prinsippet (Research Domain Criteria) som slo dette fast. Da DSM-5 kom, gikk han temperamentsfullt ut i en egen blogg og uttalte at prosjekter som kun bygde på DSM-5 kriterier og ikke biologi, ikke ville få støtte fra NIMH (Insel: blogg april 2013). Uttalelsen ble imidlertid litt senere moderert i en blogg skrevet sammen med lederen for den amerikanske psykiaterforening (Insel og Lieberman: blogg april 2013). Dette var på sett og vis kulmineringen av en strid om definisjonen av mentale forstyrrelser (Stein et al., 2010). Man ville ha bort formuleringen om «...behavioral, psychological, or biological dysfunction...», og i stedet «... an underlying psychobiological dysfunction...». Dette minner jo om den underliggende psykodynamikk i DSMII. Enden på det hele ble «...psychological, biological, or developmental processes underlying...». «or» overlevde, det ulogiske med «behavioral», som om det skulle være noe annet enn «psychological», forsvant, og utviklingsperspektivet som ble så understreket i komiteen for DSM- 5, gikk inn i definisjonen. Ikke rart Insel ble sur. Av betydning hadde det nok vært at en toneangivende genetisk epidemiolog som Kenneth Kendler, som også var leder for den vitenskapelige komiteen (Scientific Review Committee) som overså hele prosessen mot DSM-5, hadde argumentert for at det manglet tilstrekkelig kunnskap for en ren medisinsk modell til grunn for diagnosene (Kendler, 2012). I stedet anbefalte han en såkalt «myk» medisinsk modell som inkluderte all kunnskap også den utenom biologi.

I tillegg var det debatt omkring definisjonen og kriteriene for diagnoser knyttet til nesten enhver gruppe av diagnoser innenfor DSM-5 (Welsh et al., 2013; Halter et al., 2013). Men størst har diskusjonen bølget rundt det som tilslutt ikke kom med i DSM-5, men som ble henvist til venteliste i seksjon III, «Emerging measures and models». Det ene dreier seg om såkalt «Attenuated psychosis syndrome». Det andre dreier seg om personlighetsforstyrrelser.

Det var et ønske om å ha med en diagnose som omfattet lettere psykotiske symptomer med intakt realitetskontakt «attenuated psychosis syndrome». Tanken bak var viktigheten av å komme inn med forebyggende behandling før en faktisk psykose etablerte seg. Men ettersom neppe mer enn en tredjedel ville utvikle en faktisk psykose, ble dette oppfattet som en unødvendig medikalisering av mindre alvorlige problemer, og forslaget falt i komiteen (Fusar-Poli, 2012; Philips, 2013). Forsøket endte på venteliste i seksjon III, «Emerging methods and models, Conditions for further study».

Atskillig flere kontroverser har det vært rundt underkomiteen for personlighetsforstyrrelser. De gjorde flere endringer i sitt forslag underveis, med mye strid innad i komiteen og utenfor. Noe av grunnen til dette kan være at de opererte mye mer åpent enn andre komiteer. Det endelige forslaget fra komiteen var svært komplisert. Det er betegnet som en hybrid modell. Med dette menes at det bygger delvis på en prototypisk metode hvor man skal vurdere hvorvidt og i hvilken grad en pasients personlighetsmessige problemer stemmer med en angitt beskrivelse, en prototyp. Delvis bygger det på en polytetisk metode, hvor man skal se om spesifikke kriterier forefinnes i et tilstrekkelig antall. Delvis dreier det seg om en modell basert på psykodynamisk, selv-psykologi, objektrelasjonsteori, mentalisering, eller hva man vil kalle der, delvis en trekkmodell. Hele 25 trekk fra seks grupperinger skal vurderes. Det er ikke plass til å gå inn på detaljer i dette forslaget. Men det som vekket sterkest reaksjoner, var at bare schizotyp, borderline (ustabil), unnvikende, tvangspreged og antisosial skulle forbli diagnoser i gruppen personlighetsforstyrrelser. Særlig vekket det reaksjoner at dette var personlighetsforstyrrelser komiteens formann Andrew Skodol nettopp hadde konsentrert seg om i sin forskning. At narsissisme ble ekskludert, førte til et folkeopprør med en kampanje i New York Times så intens at komiteen ga seg og slapp denne personlighetsforstyrrelsen inn igjen til tross for at ICD-10 ikke hadde villet vite av den (Nelson, 2013). Det kom til en splittelse i komiteen. John Livesley og Roel Verheul la ned sine verv – ikke så rart, for komiteen gikk inn for trekkene og spørreskjemaene fra et annet medlem, nemlig Robert Kreuger, i stedet for deres skjemaer.

Forslaget ble godkjent av den vitenskapelige komiteen, men deretter grep overraskende nok APAs Board of Trustees inn, avviste forslaget og henviste det til ventelisten i seksjon III. I stedet ble opplegget for personlighetsforstyrrelser fra DSMIV videreført uforandret.

Etter at Board of Trustees hadde vendt tommelen ned for forslaget, kastet kollegaer seg over komiteen og særlig formannen Andrew Skodol og viseformannen, den nære vennen John Oldham. Det ble hevdet at «an invisible college» hadde kuppet komiteen (Blasfield & Reynolds, 2012). Lillienfield et al. (2012) påpekte farene knyttet til gruppeavgjørelser. Theodor Millon, som hadde en

avgjørende innflytelse på valg og fastleggelse av definisjoner av personlighetsforstyrrelser i DSMIII, la ikke fingrene imellom når det gjaldt beskyldninger om formanns og viseformanns nære forhold til medikamentindustrien og resulterende flukt til mindre universiteter sydpå (Millon, 2012). Peter Tyrer påpekte hastverksarbeid (Tyrer, 2012). Noe lignende har undertegnede aldri lest i et internasjonalt vitenskapelig tidsskrift som jo Journal of Personality Disorder er. Ikke rart dette nummeret forble uinkludert i Web of Knowledge inntil nylig.

DSM-5, DSM og klassifikasjon av mentale forstyrrelser

Mye av den kritikken og de kontroversene som det hittil er skrevet om, dreier seg om en diskusjon innenfor tenkemåten som ligger til grunn for alle utgaver av DSM. Følgelig var en god tittel til en kommentar: «The problem with DSM-5 is not 5, but DSM» (Carey, 2013). Man kunne utvide perspektivet og si at problemet er ikke DSM, men selve klassifikasjonen av mentale forstyrrelser, ja kanskje også klassifikasjon av mange somatiske sykdommer og fenomener for øvrig som vi ikke kan studere direkte.

I dagligtalen sier vi ofte at vi har fått en «diagnose», og vi mener egentlig at vi er «syke». For en diagnose er ikke vond og plagsom utover at den kan engste og bekymre oss, gjøre oss motløse og kanskje kan få oss til å «kjenne» ting som ikke er der. Det er *sykdommen* som truer vår eksistens, ødelegger vår kropp og gir oss smerter. Vi blander sammen diagnose og sykdom. Det en diagnose imidlertid uttrykker, er en viss sannsynlighet for at det foreligger en sykdom. På det somatiske området er sannsynligheten av og til høy, ofte moderat og enda noen ganger lav. Innenfor de mentale forstyrrelsene er den sjelden mer enn moderat, som oftest lav. Dette gjelder særlig om vi uttaler oss om en spesifikk forstyrrelse, f.eks. schizofreni i kontrast til andre psykoser: psykoser, bipolare forstyrrelser i kontrast til personlighetsforstyrrelser, stabile personlighetsforstyrrelser i kontrast til angst og/ eller depressive episodiske tilstander, eller temporære konsekvenser av rus. Grensen mellom alle disse tilstandene og såkalt «normalitet» er heller ikke lett å trekke.

Men er det egentlig «diagnose» basert på «symptomer» vi opererer med i disse systemene som er beskrevet? Et symptom er, ja nettopp, et symptom på «noe», det er et tegn, det springer ut fra noe. Men er det slike tegn vi vurderer når vi stiller en diagnose på mentale forstyrrelser? Det er nok ofte ikke det vi gjør om vi bruker DSM eller ICD. Disse systemene er klassifikasjonssystemer. De baserer seg på tradisjonelle beskrivelser av uheldige og ubehagelige følelser, tanker og handlinger hos

pasienter. Noen av disse trekkene, reaksjonsmåter, går sammen, de korrelerer, og man kan konstruere en skala på vanlig psykometrisk vis gjennom samvariasjonen, f.eks. gjennom faktoranalyse.

Og dermed har man en såkalt diagnose. Diagnosene schizotyp og borderline ble laget gjennom en oppsplitting av grensepsykosebegrepet da DSM-III ble utarbeidet. Basert på beskrivelse av biologiske slektninger av pasienter med diagnosen schizofreni i de danske adoptivstudiene og fra psykodynamiske typebeskrivelser ble et sett kriterier utarbeidet (Spitzer et al., 1979). Klinikere ble bedt om å skåre en pasient med diagnosen grensepsykose ut fra kriteriene. Statistisk analyse avslørte to klynger av trekk, og dermed hadde vi de to diagnosene borderline og schizotyp.

Til alles overraskelse ble DSM-III en formidabel salgssuksess, en virkelig bestselger

Men om man skulle lage en diagnose som med en viss sannsynlighet ville predikere noe underliggende galt, måtte man gå fram på en annen måte. Man måtte starte med en slags dysfunksjon, et mønster av spesifikke gener, en kvalitativt avvikende hjernestruktur eller prosess, eller et psykologisk, ja gjerne et psykodynamisk forstått, fenomen, eller en konsekvens av traume, fysisk eller psykisk, og så se på hva dette med en viss hyppighet resulterte i av atferd, affekter, tanker og forestillinger. Disse trengte ikke å korrelere, tvert imot kunne én reaksjonsmåte utelukke en annen. De kunne være kvalitativt helt ulike hverandre, slik som særskilte musikalske og matematiske evner, perseptuell nøyaktighet, varhet for sensorisk stimuli og mellommenneskelig insensitivitet, som et eksempel.

Om vi har noen kunnskaper om slike «ekte» symptomer, lar vi dette gå inn i definisjonene i klassifikasjonssystemet, og resultatet blir en hybrid mellom en enkel statistisk, psykometrisk klassifikasjon av fenomener og en egentlig diagnose. Skjønner vi at dette bærer helt galt av sted, må vi justere. F.eks. er det svært vanlig med formelt sett psykotiske symptomer i befolkningen, selv om vi holder religioner og bunnløs forelskelse utenfor. Men vi ser at dette ofte neppe kan springe ut fra at noe er galt med personen det gjelder, og vi justerer, eventuelt med eksklusjonskriterier. Problemet er mangelen på «gullstandard», som Robert Spitzer ofte fremholdt (Spitzer, 1983). Vi kan ikke kikke på, inspisere, forstyrrelsen, i hver fall ikke enda, selv om hjerneforskningen går framover med rivende fart. Derfor må vi gjøre det beste vi kan, prøve å utvikle et språk som hjelper oss til å kommunisere, i heldigste fall behandle, og være åpne for at det verken er entydig eller har noen klar korrespondanse med en «forstyrrelse», og slett ikke en sykdom. Ofte dreier det seg heller ikke om noe som er særlig lidelsesfullt.

DSM-III gjorde diagnoser til et tema blant den opplyste allmennhet. Med DSM-5 har interessen eksplodert med alles lette tilgang til media. Debatten rundt forslaget til DSM-5 har vært voldsom. Vi har fått et innsyn i personers innflytelse og kontroverser innenfor grupper av leg og lærd som vi aldri har tidligere har opplevd. Dette henger også sammen med moderniteten, hvor mentale prosesser har kommet i forgrunnen. Ikke som tidligere bare i idealisert form som viljesmessig kontroll og innsiktsfull fordypelse, men i en tidsånd hvor egen forvirring, identitetsusikkerhet, ensomhet og manglende tilhørighet åpent kommuniseres (Solomon, 2013). I denne artikkelen er det forsøkt å vise hvorfor DSM-5 er blitt som den har blitt, basert på tidsånd og personer i sentrale posisjoner, som det også skjedde i tidligere utgaver av DSM. Så får vi imøtese en debatt om det mer grunnleggende problemet med alle såkalte «diagnosesystemer», også de systemene som påberoper seg å være et edlere alternativ til den medisinske modellen. Men det er en annen historie.

Byen her er ikke stor, jeg faller noe i øynene, man snubler i meg, alle går med et øye på hver finger når jeg er i sikte; det kan ikke unngås. Og jeg er jo ikke som jeg burde være (Hamsun, *Mysterier* (1892) s. 376).

Referanser

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Blasfield, R., K. & Reynolds, S., M. (2012). An invisible college view of the DSM-5 personality disorder classification. *Journal of Personality Disorder*, 26, 821–829.
- Carey, T. (2013). The problem with the DSM-5 is the DSM not the 5. *Australasian Psychiatry*, 21, 409–412.
- Feighner, J. Robins, E., Woodruff, R., Winokur, G. & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57–63.
- First, M. B. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, and clinical utility. *The Journal Of Mental and Nervous Disease*, 201, 727–728.
- Frances, A. (2009a, June 26). A warning sign on the road to DSM-V: Beware of its unintended consequences. *Psychiatric Times*. Kan lasts ned fra: <http://www.psychiatrictimes.com/dsm-5/content/article/10168/1425378>

- Frances, A. & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109–130.
- Fusar-Poli, P & Young, A. (2012). Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? *Lancet*, 379, 591–592.
- Halter, M. J., Rolin-Kenny, D. & Dzurec, L. C. (2013) An overview of the DSM-5. Changes, controversy, and implication for psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 51, 30–39.
- Hamsun, K. (1892). *Mysterier*. København: Philipson.
- Insel, T. & Cuthbert, B. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of psychiatry*, 167, 748–750.
- Insel, T. blog (May, 2013): <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transformingdiagnosis.shtml>.
- Insel, T. & Lieberman, J. A. blog (May, 2013): <http://www.nimh.nih.gov/news/sciencenews/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-inte...>
- Jones, K. D. (2012). A critique of of the DSM-5 field trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 517–519.
- Kendler K S. (2012). Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: Implications for the development of an etiologically based nosology. *Molecular Psychiatry*, 17, 11–21.
- Meyer, A. (1948). *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two Selected Papers*, edited by Alfred A. Lief. New York: McGraw-Hill.
- Lillienfield, S., O., Watts, A., L. & Smith, S., F. (2012). The DSM revision as a psychological process: A commentary on Blasfield and Reynolds. *Journal of Personality Disorder*, 26, 830–834.
- Miller G. (2010). Beyond DSM: seeking a brainbased classification of mental illness. *Science*. March 19, 327.
- Millon, T. (2012). How did we get into this incoherent DSM PD mess and where do we go from here? A commentary on Blasfield and Reynolds. *Journal of Personality Disorder*, 26, 838–840.
- Mulder, R., T., Newton-Homes, G., Crawford, M., J. & Tyrer, P. (2011). The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *Journal of Personality Disorder*, 25, 364–377.
- Nelson, C. (2013). The effect of media and the political process on the acceptance of narcissism in 2012. *The Journal of Psychohistory*, 41, 55–58.

- Philips, J. (2013). Conceptual issues in the classification of psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 214–218.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A. & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12, 92–98.
- Schatzberg, A., Scully, J., Kupfer, D. & Regier, D. (2009, July 1). Setting the record straight: A response to Frances commentary on DSM-V. *Psychiatric Times*. Kan lastes ned fra: <http://www.psychiatrictimes.com/dsm-5/content/article/10168/1425806>
- Solomon A. (2013). *Langt fra stammen*. Oslo, Forlaget Press.
- Spizer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399–411.
- Spitzer, R. L. (2008, July 18). DSM-V: Open and transparent? [Letter to the editor]. *Psychiatric News*. Kan lastes ned fra: <http://psychnews.psychiatryonline.org/newsarticle.aspx?articleid=111945>
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17–24.
- Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W., Sadler, J. Z. & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40, 1759–1765.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.
- Tyrer, P. (2012). The behavior of academics under stress: A commentary on Blashfield and Reynolds. *Journal of Personality Disorder*, 26, 835–837.
- Tyrer, P. (2013). From the Editor's desk. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 472.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Youl-Ri, K., Koldobsky, N., Lecic-Tostevski, D., Ndeti, D., Swales, M., Clark, L. A. & Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5, 246–259.
- Volpe, U. (2013) WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 12, 183–184.

Welch, S., Klassen, C., Borisova, O. & Clother, H. (2013). The DSM-5 controversies: How should psychologists respond? *Canadian Psychology*, 54, 166–175.