

Diagnose: Kanskje sjuk om nokre år

«Psykiatrien står på kanten av stupet.» Denne gongen kjem ikkje utsegna frå ein brukaraktivist eller ein legekritisk psykolog. Det er redaktøren av diagnosebibelen *DSM-IV* som slaktar *DSM-5*, mest fordi den innfører føre-var-diagnosar for psykisk helse.

TEKST OG FOTO:

Arne Olav L. Hageberg

PUBLISERT 5. april 2011



ILLUSTRASJON: KRISTIN BERG JOHNSEN

«The field will, no doubt, develop risk criteria for other diagnostic groups, but at the present the work relates to the psychoses.»

William T. Carpenter, leiar for psykosearbeidsgruppa i DSM-5

Til hausten kjem det forslag til ny norsk helselov og til samhandlingsplan for helsevesenet – to tekstar som så langt har fått mykje spalteplass i dei norske media. Samstundes går det i USA føre seg eit anna revisjonsarbeid, som på sikt kan få endå meir å seia for norsk helsekvardag. Dette blir ikkje nemnt med eit ord. Men det er realistisk å tru at vi om nokre år vil vakna opp og skjønna at noko har gått føre seg i grenselandet mellom frisk og sjuk – at ingenmannslandet er blitt mindre, at sjuk har vunne endå meir land. Dette er forteljinga om dei usynlege tekstane – dei som formar livet og sjølvbildet vårt på grunnleggande vis – men som få tenkjer på før det er for seint å påverka korleis dei blir skrivne.

Diagnosemanual skapte epidemiar

Den amerikanske psykiateren Allen Frances leia arbeidsgruppa som i si tid sto bak den gjeldande utgåva av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. «Vi gjorde feil som fekk fryktelege konsekvensar,» seier han til *Wired* i desember i fjor, og peiker på korleis diagnostiseringa av autisme, ADHD og bipolar lidning har skote i været i dei seinare åra. Frances hevdar hans eigen diagnosemanual utilsikta la til rette for desse epidemiane, og i same slengen bygde opp under ein aukande tendens i samfunnet til å haussa normale livsproblem opp til psykisk lidning og behandla dei med medisinar. «Eg har smerteleg erfart korleis små endringar i definisjonane av psykiske lidningar kan skapa enorme utiltenkte konsekvensar,» skriv han på debattplass i *Los Angeles Times* 3. mars 2010. «Vi kasta utan tvil garnet ut for vidt, og fanga mange «pasientar» som kunne ha kome mykje betre ut av det om dei ikkje hadde teke steget inn i psykisk helse-tilbodet,» konkluderer Frances.

«Den medisinske imperialiseringa kan potensielt gjera at fleire tital

millionar feilaktig får merkelappar som psykisk sjuke»

Bakgrunnen for kritikken var at utkastet til ny *DSM*-versjon blei publisert i fjor vår. Det er denne Frances meiner er full av forslag som vil kunna mangedobla hans egne mistak og utvida det psykiske helsevesenet til å strekka seg dramatisk mykje lenger inn på domenet til den stadig krympande normaliteten. Denne medisinske imperialiseringa kan potensielt gjera at fleire tital millionar feilaktig får merkelappar som psykisk sjuke. Og legemiddelindustrien vil gni seg i nevane – sjølv om det manglar solid evidens for dei nye diagnosane.



VESLE SPEGEL ...: Det å få ein diagnose kan påverka måten vi ser på oss sjølve. Det kan òg endra andre si oppleving av oss. Stigmaet har tradisjonelt vore større ved psykiske lidingar enn ved fysiske.

Som døme på skadelege diagnostiske nyvinningar nemner psykiatriprofessoren Binge Eating Disorder. Den diagnostiserer fråsing av mat, og har som kriterium ei overeting i veka i tre månader. Allen meiner han sjølv, saman med store delar av befolkninga elles, kvalifiserer. Sorg etter å ha mist nokon ein var glad i, kan med dei nye kriteria fort bli tolka som alvorleg depresjon. Det nye diagnoseforslaget Mixed Anxiety Depression er kjenneteikna av vanlege symptom som vanskeleg let seg skilja frå alminnelege og kvardagslege smerter som livet gjev. Og sist, men ikkje minst, Attenuated Psychosis Syndrome opnar opp for ein ny type diagnostiseringspraksis, som går ut på å finna og setta merkelapp på born og unge som kanskje kan koma til å utvikla ein fullvaksen psykose i framtida. «Attenuated» er eit vanskeleg ord å omsetta til norsk, men det betyr noko slikt som dempa eller tilbakehalden, og blant klinikarar er det etablert i omtale av svake og foreløpige psykosesymptom. Det opphavlege namnet på kategorien, Psychosis Risk Syndrome, kommuniserte betre kva det heile handlar om, men dette blei endra i fjor haust som eit svar på kritikken. Likevel står diagnoseforslaget fast (sjå eigen boks med diagnosekriterium).

Kritisk breiside

Det opplagte motargumentet frå psykiatreforeininga i USA er at Frances går på barrikadane for å konservera sine egne verdier – økonomiske i form av royalty for salet av *DSM-IV* – men mest av alt verdien av eigen fagleg innsats og ståstad. I sitt første offisielle motsvar til kritikken diagnostiserte dei han med «forfattarstoltheit». Kvar enkelt får vurdere kor sannsynleg det er at psykiateren bryt opp frå eit behageleg liv som velhalden pensjonist i byte mot fleire år med usikker (kan henda håplaus) kamp for rundt ti tusendollarsetlar årleg. Frances går dessutan like mykje til åtak på seg sjølv og det arbeidet hans eiga arbeidsgruppe gjorde på 1980-talet, under utforminga av *DSM-IV*.

ATTENUATED PSYCHOSIS SYNDROME

Arbeidsgruppa tilrår at denne diagnosen blir innlema i DSM-5, men undersøker framleis evidensen som kan avgjera om den fortener ein plass i hovudmanualen, eller om den heller høyrer heime i ein appendiks for vidare forskning. På grunn av dette ber arbeidsgruppa instendig om tilbakemeldingar som vedkjem lidinga. Slik er forslaget til diagnostiske kriterium for den nye føre-var-diagnosen:

All six of the following:

1. a) *Characteristic symptoms: at least one of the following in attenuated form with intact reality testing, but of sufficient severity and/or frequency that it is not discounted or ignored;*
2. (i) *delusions (ii) hallucinations (iii) disorganized speech*
3. b) *Frequency/Currency: symptoms meeting criterion A must be present in the past month and occur at an average frequency of at least once per week in past month*
4. c) *Progression: symptoms meeting criterion A must have begun in or significantly worsened in the past year;*
5. d) *Distress/Disability/Treatment Seeking: symptoms meeting criterion A are sufficiently distressing and disabling to the patient and/or parent/guardian to lead them to seek help*
6. e) *Symptoms meeting criterion A are not better explained by any DSM-5 diagnosis, including substance-related disorder.*
7. f) *Clinical criteria for any DSM-V psychotic disorder have never been met*

Frances er heller ikkje åleine med å kritisera. Nettsidene og tidsskrifta til den amerikanske psykiatreforeininga har fått mange motinnlegg, og i Storbritannia gjekk jamvel ei heil gruppe britiske psykiaterar ut 27. juli i fjor og åtvare om revisjonen av *DSM*. Den kan koma til å devaluera graden av alvor ved psykiske lidingar og føra til at nær sagt alle får ein diagnostisk merkelapp på seg, hevda dei.

«Det er overhengande fare for mange «positive wrongs» – men òg stor sjanse for å identifisera nokon som verkeleg treng hjelp»

– Normalitetsdammen krympar til ein liten pytt, sa Til Wykes ved Kings College London, ifølgje Reuters.

Alen Frances var inne på det same når han seier at det blei 40 gonger fleire bipolar-diagnosar blant born etter at bipolar II blei introdusert i *DSM-IV* og den ekstraordinære marknadsføringa av antipsykotika og stemningsstabiliserande medisinar kom i gang. Mange av borna har blitt behandla med antipsykotiske medikament.

To tidlegare redaktørar

Det heile starta med ein annan usannsynleg revolusjonær, Robert Spitzer, hovudredaktør for arbeidet med *DSM-III*, som blei ferdigstilt i 1980. Spitzer reagerte på at alle deltakarane i arbeidsgruppene rundt dei ulike delane av *DSM-5* har måtta skriva under på eit dokument som går langt i å hindra dei i å uttala seg offentleg om arbeidet, visstnok for å verna om APA sin eigarskap til innhaldet. I juli 2008 spurte Spitzer om Allen Frances ville skriva under på eit innlegg om at dette braut med grunnleggande vitenskaplege ideal, men *DSM-IV*-redaktøren betakka seg. Han hadde vore pensjonist frå stillinga ved Duke University Medical School i ti år allereie, og tenkte å halda fram slik.

Men på ein fest i mai 2009 møtte Frances Will T. Carpenter, som leier arbeidsgruppa for psykoselidningar, ein av 13 *DSM-5*-komitear med ansvar for ulike område av revisjonen. Dei to psykiaterane kom inn på diagnosen Psychosis Risk Syndrome, som den då framleis blei kalla. Den nye føre-var-diagnosen minte Frances om noko av det han angra mest på ved *DSM-IV*: epidemien med diagnostisering av bipolar lidning hos born.

«– Helsemyndigheitene er blitt meir og meir opptekne av å pålegga menneske åtferdsreguleringar. Eg skjønar kvifor, men er motstandar»

Ulrik Malt

Allen Frances si største bekymring er at profitthungrige legemiddelfirma ikkje vil lata seg stoppa av innsikta i at bare ein av fire som får diagnosen Psychosis Risk Syndrome, vil utvikla fullskala-psykose. Han hevdar at han ikkje har eit ønske om å bli ein korsfarar for verda. Men tanken på at endå fleire ungar skulle få antipsykotisk medisin som dei ikkje trong, og leggja på seg seks kilo på tolv veker, trefte han som eit slag i magen. Han hadde sjølv vore med på å setta i gang denne utviklinga.

– Kven skulle gjera det godt igjen om ikkje eg? Eg sat igjen utan unnskyldningar for ikkje å engasjera meg.

Også her på berget ser vi ringverknadene av det som gav Frances dårleg samvit. NRK refererte 4. februar i år nye tal frå Reseptregisteret i Noreg som viser at også våre born stadig oftare blir medisinererte mot angst, depresjonar, ADHD og psykosar. Bare sidan 2004 har talet på medisinererte born og unge i aldersgruppa 0–20 år auka kraftig, heiter det. Fleire enn 23 000 born og unge får i dag medisinar mot psykiske lidingar.

Fantastisk diskusjon

– Det er ein fantastisk diskusjon!

Aina Holmén sit overfor meg på den andre sida av kjøkkenbordet sitt – som er dekt av forskingsartiklar, bøker og pc – og nær sagt sitrar av fagleg engasjement.

– Kva er normalt? Det som kjenneteiknar fleirtalet i populasjonen, eller det som er menneskeleg mogleg? spør ho.

Mange kjenner henne som visepresident på fagsida i Norsk Psykologforening, men det er ikkje i den rolla eg møter henne no. Forskaren Aina Holmén er i innspurten på arbeidet med ein doktorgrad ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo som ber tittelen *Hjernefunksjoner ved tidlig debuterende psykoser*. Kohorten hennar er unge i alderen 12–18 år med ei psykoseliding, og Holmén har undersøkt symptom og nevropsykologisk fungering hos desse over fleire år. I samband med doktorgradsarbeidet har ho delteke på alle kongressar der psykose-delen av *DSM*-revisjonen er blitt diskutert dei siste seks åra, og kjenner godt til argumenta for og imot inkludering av ein ny føre-var-diagnose.

Det er gjort relativt sparsamt med studiar på menneske som har debutert psykotisk i ungdomsalderen. Men det ein *har* gjort, tyder på at dei deler ei forhistorie prega av dårleg fungering og uklare og antydande psykosesymptom. Men det er eit stort steg frå denne kunnskapen til å oppretta ein eigen føre-var-diagnose i *DSM-5*, meiner Holmén.



NORMALITET: – Kva er normalt? Det som kjenneteiknar fleirtalet i populasjonen, eller det som er menneskeleg mogleg? spør psykolog Aina Holmén.

Kvifor held William T. Carpenter og dei andre i psykose-arbeidsgruppa til *DSM-5* då så hardt på at dei vil ha inn attenuated psychosis syndrome i den reviderte diagnosemanualen, trass i det ein må kalla massiv kritikk og ei breiside av tunge motargument? Holmén synest ikkje det er så vanskeleg å forstå.

– Det er truleg eit forsøk på å ta på alvor forskningsresultata som finst og omsetta dei til noko som kan brukast. Ein ting som er viktig å ha med seg i denne diskusjonen, er at når ein arbeider med menneske med fullt utvikla psykose, så møter ein så enormt mykje *lidning* – hos personane sjølv, i familien og i lokalsamfunnet.

All denne lidinga kostar samfunnet dyrt. Og det kan vera veldig tøft for behandlarar å kjenna seg så hjelpelaus som ein ofte gjer i møte med personar som har psykosar. Forskinga er klar på at det å oppdaga og behandla desse pasientane tidleg, før sjukdomen har fått for stor makt i livet deira, er det som har mest å seia for livskvaliteten og symptomtrykket seinare. Holmén er ikkje ukjend med fortvila foreldre som spør: «Kvifor gjorde de ikkje noko då det endå var tid?»

– Ungdomane eg har jobba med i doktorgradsarbeidet mitt, deler ei historie med vage tidlegssymptom som litt angst, tilbaketrekking og isolasjon, sosiale vanskar og nedsett merksemd. Men dette er veldig uspesifikke ting som kan vera indikasjonar på mykje, og som ein ikkje kan vita om vil utvikla seg til psykose, understrekar Holmén.

Og det er jo nett dette som er hovudargumentet mot ein føre-var-diagnose. Det som finst av forskning på dette, tyder på at bare rundt tjue prosent av dei som kvalifiserer til diagnosen Attenuated Psychosis Syndrome, vil utvikla ei fullverdig psykoseliding. Det er med andre ord overhengande fare for mange «positive wrongs» – men òg stor sjanse for å identifisera nokon som verkeleg treng hjelp.

Passar dårleg i klinikken

Allen Frances har òg argumentert imot føre-var-diagnose for psykose med å peika på den låge kliniske relevansen. Vage kriterium skapar fare for feildiagnostisering av mange tenåringar, især dei med rusåtfærd, men òg dei som er kreative, eksentriske eller har eit vanskeleg tilhøve til foreldra. Carpenter og dei andre ekspertane i arbeidsgruppa vil kanskje ikkje ta så ofte feil, men det er uansvarleg å føreslå diagnosar som bare er brukande for ekspertar som dei sjølve. Kriteria må ha relevans for alminnelege klinikkarar på ein alminneleg torsdag.

På den andre sida: Om ein tidleg kan oppdaga personar som kjem til å utvikla psykose, vil ein altså kunna redusera lidinga betrakteleg for mange. Er det ikkje verdt prisen å feildiagnostisera fire personar med eit risikosyndrom, om det betyr at ein kan «redda» to andre? Kva er risikoen med å få ein diagnose? Om det er sant som Aina Holmén fortel, at pasientar i klinikken seier

«Hjelp!», og ikkje er så opptekne av detaljar ved behandlaren sin diagnostiseringspraksis, er ikkje då målet nådd om ein kan hjelpa fleire?

Allen Frances sitt motsvar kan oppsummerast i tre stikkord: medisinerer, tilgangen til trygdeytningar og stigma.

Legemiddelselskapa står klare til å tilby tenestene sine for å koma kvar ein ny diagnose i møte. Det er forska lite på kva bieffektar psykofarmaka kan ha på ein hjerne i utvikling, men det er kjent at dei fører til overvekt og sukkersjuka. Kor ein dreg *DSM*-kontra-normalitet-grensa, vil påverka tilgangen til trygdeytningar, kva forsikringsselskapa vil dekkja av behandling, og pasienten sin juridisk status. Når det kjem til punktet om stigmatisering: Den enkelte si kjensle av personleg kontroll og ansvar blir ofte djupt påverka når ein får ein diagnose. Ein diagnose kan òg gjera noko med blikket frå dei rundt. Ein ny diagnose har *sosiale* biverknader, uavhengig av eventuell behandling.

Får støtte i Noreg

Ein stad langt inne i korridorlabyrinten på Rikshospitalet møter eg Ulrik Fredrik Malt. Psykiateren er den einaste nordmannen som har fått inkludert ein diagnose i Verdas helseorganisasjon sitt diagnoseverktøy for psykiske lidningar, kapittel F i *ICD-10 – F62.0 Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease* – eit resultat av at han tidleg i karrieren samarbeidde tett med Leo Eitinger i arbeidet med overlevande frå nazistane sine konsentrasjonsleirar. Malt var òg involvert i utviklinga av *ICD-10*, og er ansvarleg for den norske omsettinga av diagnosemanualen.

– Allen Frances sin kritikk har mykje for seg, seier han, og snur eigentleg intervjuet på hovudet før vi er komne i gang. Eg trudde eg hadde leita opp ein diagnoseglad pilletrillar. Men det ser altså ikkje sånn ut. Så lenge det ikkje finst eintydige diagnostiske kriterium for nye diagnosar, eller for omstokking av dei ein allereie har, bør ein heller ikkje endra noko, meiner Malt.

– Diagnostisering har tre hovudmål: Å hjelpa til betre kommunikasjon mellom helsepersonell, å tena utforskinga og å grovsortera pasientar for behandling. Endring av diagnostiske kriterium utan tilstrekkeleg ny forskning som støttar endringane, kan få alvorlege konsekvensar, seier han, og er einig med Allen Frances i at oppbløminga av ADHD-diagnosar etter *DSM-IV* er eit alvorleg døme på dette.

Nye forskingsfunn innanfor psykisk helse i dei siste 15 åra har i all hovudsak gått føre seg på nevrobiologiske område. På det fenomenologiske planet, som handlar om djupare forståing av grunnar til psykisk uhelse og om sjukdomar si utvikling, har det skjedd lite nytt. Malt meiner difor revisjonen er prematur.

– Det hadde halde med ei lettare redigering av *DSM-IV*, som ein på 1980-talet gjorde med *DSM-III R*.

Ulrik Malt er òg heilt klar på at inkludering av nye diagnosar vil kunna skapa nye marknader for legemiddelindustrien.

– Då køyrer dei kurs og sel inn behandlingalternativet sitt.

Men, det same gjeld for ulike psykoterapimiljø, understrekar han. Kognitive miljø og andre vil òg laga kurs og jobba for å selja inn sin metode som den beste behandlinga for eventuelle nye lidningar.

Kva så med det at ein opnar opp for føre-var-diagnosar? Også Malt er skeptisk til tendensen til å skulla diagnostisera alt, ikkje ikkje bare i psykiatrien, men på alle område i helsevesenet.

– Helsemyndigheitene er blitt meir og meir opptekne av å pålegga menneske åtferdsreguleringar. Eg skjønar kvifor, men er motstandar, seier Malt, og viser til den ferske medisinske diskusjonen om det såkalla Metabolic Syndrome, ein diagnose ein skal kunna setta på overvektige for å førebygga risiko for diabetes, hjarte- og karlidningar, slitasjeskadar med meir.

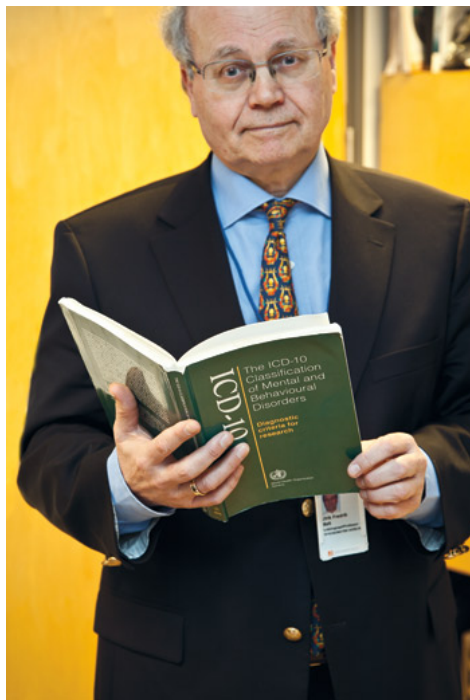
– Det er så ein nesten ventar at helsefrikane i helsedepartementet som skal førebygga alt, går inn for eit fødselsrisikosyndrom – å koma til verda inneber som kjent ein fare for å døy, spøker Ulrik Malt, men blir raskt alvorleg att:

– Psykiatrien bør avgrensast til å ta seg av folk som verkeleg slit.

For mykje medisinerer?

Men er 23 000 born og unge i Noreg på psykiatriske medisinar for mange? undrar vi. Malt ser ikkje den prinsipielle forskjellen mellom desse medisinarane og andre. Alle medisinar verkar på sentralnervesystemet. Det gjer også vald og rusmidlar, og kosthald er òg biokjemi. Han reknar ikkje det som eit mindre problem enn psykiatriske medisinar.

– Det er blitt politisk korrekt å seia at det blir brukt for mykje medisinar, men slike påstandar er for lettvinde utan datagrunnlag.



STERK AUKE: Oppbløminga av ADHD-diagnosar viser korleis endring av diagnostiske kriterium kan få alvorlege konsekvensar, seier psykiateren Ulrik Malt, den einaste nordmannen med ein eigen diagnose i *ICD*.

Ulrik Malt meiner begge diagnosemanualane i praksis er like gode. Men *ICD* opnar litt meir opp for bruk av klinisk vett, medan *DSM* er meir kategorisk.

«- *ICD-11* kjem til å kopiera *DSM-5*, med nokre bitte små variasjonar, for å unngå copyrightbrot»

Svenn Torgersen

Kva er så tilhøvet mellom dei to systema? Påverkar dei kvarandre? Og har kritikken av *DSM*-revisjonen noko å seia for kvardagen til psykologar som skal diagnostisera nordmenn i dei neste par tiåra? Ulrik Malt er ikkje i tvil: Endringane i det amerikanske systemet vil påverka revisjonen av *ICD*. Det er eit uttrykt ønske frå begge leirar om betre samkøring, og så vel klinikarar som forskarar eg har vore i kontakt med om dette, meiner det er unødvendig å ha to diagnosemanualar. Aina Holmén peika på at dei ulike internasjonale fagmiljøa ikkje er så store. Den same forskinga blir lagt til grunn for dei to systema, og dei same forskarane går att i komiteane.

– *DSM* og *ICD* vil truleg bli slått saman til eitt system i løpet av ein tjue års tid, hevdar Malt.

Ein grunn til at revisjonen skapar så høge bølger i USA – og til at eventuelle endringar kan få så store utslag i form av diagnoseepidemiar og endringar i bruken av medisiner og andre behandlingstilbod – er at helsevesenet der til lands i all hovudsak er finansiert via forsikringsordningar. Om ein terapeut ikkje kan setta ein klar diagnose på ein pasient, ein diagnose som utløyser utbetaling av forsikringspengar, får han ganske enkelt ikkje betalt. Her til lands, der helsevesenet er offentleg finansiert, betyr dette mindre. Samstundes er også våre trygderettar knytte opp til diagnosar, og det målstyrte betaling-per-behandlingssystemet har lenge vore gullstandarden for finansiering av helsetenestene i Noreg. Heller ikkje her får sjukehus eller privatpraktiserande med driftsheimel refusert utlegga sine utan å ha ein diagnose å visa til.

Smugla *DSM-III* inn i Noreg

Svenn Torgersen kan sjå tilbake på eit langt liv med forskning, mest på personlegdomsforstyringar. Den mangeårige professoren i psykologi ved Universitetet i Oslo har nett bytt hovudarbeidsplass frå Blindern til rBUP i Nydalen, Regionsenteret for born og unge si psykiske helse. Det er her vi møter han ein skoddefull dag under Ski-VM.

Psykologiprofessoren kjenner både Allan Frances og Robert Spitzer, og har følgt utviklinga av *DSM* på nært hald sidan 1970-talet. Tidleg på 1980-talet starta han kurs i bruk av *DSM-III* for klinikarar her til lands, og han bidrog til den reviderte versjonen, *DSM-III R*, og *DSM-IV*. På toppen av dette sat han i eit Advisory board for *ICD-9* og var med i komiteen som innførte denne i Noreg.

– Vi smugla så mykje vi kunne av *DSM-III* inn i *ICD-9*, overalt der det lét seg gjera, avslører han.

Som Ulrik Malt meiner Torgersen at *DSM-III* var eit vasskilje. På 1970-talet opplevde han stadig å måtta famla seg fram i tvillingforskinga si fordi det ikkje fanst klare diagnostiske kriterium å halda seg til. Han fortel korleis diagnostisering av psykisk

uhelse fungerte (eller snarare ikkje fungerte) då han starta psykologkarrieren seint på 1960-talet. Ein og same pasient fekk diagnosen depresjon i Oslo, hysteri i Kristiansand, angst i Bergen og ein fjerde diagnose i Stavanger.

– Då kan du bare gje opp forskning, understrekar han.

– Det er som med sola og månen. Om vi ikkje var einige om kva som var det eine og kva som var det andre, hadde vi ikkje kunna snakka om det. Vi ville snakka om lyset på himmelen, som lyser svakt om natta og sterkt om dagen.

Selde som Bibelen

I 1980 oppstod det eit punkt i historia. Dette var året då *DSM-III*, tredje utgåva av den amerikanske psykiatriforeininga sin diagnosemanual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, kom ut. Nokon har kalla det ei radikal omskaping av måten vi ser på psykiske lidningar på.

DSM-II, som kom i 1968, bygde i stor grad på ei psykoanalytisk forståing. Men i 1968 var psykoanalysen sin tidsepoke i USA allereie for det meste forbi, hevdar Torgersen.

– Ein var eigentleg misnøgd med *DSM-II* før blekket var tørt, og i arbeidet med den neste revisjonen blei det viktig å ikkje bygga på ein bestemt teori, forklarar han.

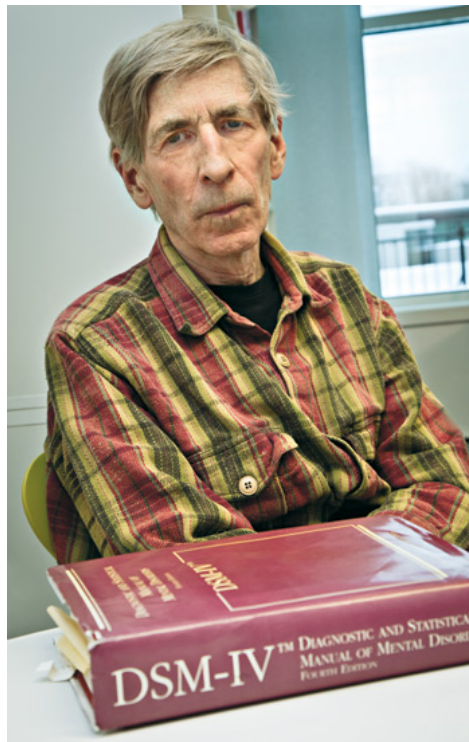
Systemet måtte vera eklektisk. Eit diagnostiseringsverktøy som skulle kunna brukast på tvers av ulike profesjonsgrupper, faggreiner, teoretiske retningar – ja jamvel som dokumentasjon for forsikringsselskap og trygdesystem – måtte bygga på mest mogleg klare kriterium. Symptoma fekk status som objektive teikn som kunne lesast og fyllast med meinig. Det var ikkje lenger verken ønskeleg eller nødvendig å grava etter det utløysande traumet.

Trass i det skrikande behovet for betre diagnostiseringsverktøy kom suksessen til *DSM-III* som ei total overrasking på Spitzer og dei andre i den amerikanske psykiatriforeininga.

– Den selde som *Bibelen*. Dei pøste ut opplag etter opplag.

Testpsykologar og kraepelinarar

Med *DSM-III* fekk psykologane for første gong ein sentral plass i utviklinga av eit diagnostiseringsverktøy. Erfarne testpsykologar var med å setta signaturen sin på den nye manualen, ein viktig bakgrunn for innføringa av klare diagnostiske kriterium og cut-verdiar for kva som skulle reknast som patologisk.



PÅVERKA: – Vi smugla så mykje vi kunne av *DSM* inn i *ICD*, overalt der det lét seg gjera, fortel psykologen Svenn Torgersen som var med og omsette Verdas helseorganisasjon sin diagnosemanual til norsk.

Men like viktig som psykologane sitt inntog var Spitzer og andre sentrale *DSM-III*-utviklarar sine band til kraepelinsk tenkemåte. Emil Kraepelin (1856–1926) var tysk psykiater som mellom annan bidrog sterkt til arbeidet med å klassifisera schizofreni og bipolar lidning. Arbeidet hans hamna lenge i skuggen av Freud sine betre formulerte og tydelegare formidla teoriar. Men i dag kan ein seia at synspunkta hans har teke over leiartrøya i akademisk psykologi. Han såg psykiatrien som ei faggrein på lik linje med andre innanfor

medisinen, og skapte eit rammeverk for systematisk inndeling av alvorlege psykiske lidningar basert på symptom, mogleg årsak og progresjon.

I USA fanst det på 1970-talet nokre enklavar av kraepelinsk orienterte miljø, det største ved Washington University i St. Lewis. Her hadde tyske innvandrarakar teke med seg Kraepelin sine idear og fått fagleg rotfeste før bølga av freudiansk orienterte psykiatarar og psykologar slo inn over kontinentet rundt andre verdskrigen. Robert L. Spitzer kom gjennom eit forskingssamarbeid i kontakt med St. Lewis-miljøet, og utvikla saman med dei *Research Diagnostic Criteria*, ei tidleg samling av forskningsvaliderte diagnoser. *DSM-III* sine 265 diagnoser var ei utbygging av desse igjen.

Symbolpolitikk

Ifølgje Svønn Torgersen kunne *ICD-9* bli teken i bruk som manual for klassifisering av psykiske lidningar eine og åleine fordi den fekk *DSM-III*-kriteria innarbeidd. Når *ICD* i dag er det gjeldande diagnoseverktøyet i psykisk helsevern, både i Noreg og USA, er dette av politiske omsyn. *ICD* er eigd av Verdas helseorganisasjon, som igjen er eit underbruk av FN. Dette gjev stor makt og gjennomslagskraft. Det er også symbolsk viktig for FN og mange enkeltnasjonar ikkje å leggja seg flat for USA. Det kan ligga mykje god opposisjon i å laga sin eigen vri på eit diagnosesystem. I tillegg er det viktig å merka seg at *ICD* er eit *komplett* diagnosesystem for alle greiner innanfor medisinen, ikkje bare psykiatrien, og inneheld tolv til femten tusen diagnoser, alt etter korleis ein tel. Det som har med psykisk helse å gjera, er samla i eit par-tre-hundre diagnoser under kapittelbokstaven F.

Men Torgersen er ikkje i tvil om kva som vil henda når *ICD* skal koma i revidert versjon eit års tid etter *DSM-5*.

– Den kjem til å kopiera *DSM*, med nokre bitte små variasjonar for å unngå copyrightbrot. *ICD* er eit ganske makteslaust politisk instrument.

Det er ingen andre fagområde enn psykiatrien i *ICD* som har eit så sterkt og kompetent system som konkurrerer. I denne samanhengen er det eit poeng at det heller ikkje er andre miljø som har så sterk klassifikasjonseksptise som det psykologien og psykiatrien har, dei er gode på å isolera og testa kategoriar. Grunnen til det er ifølgje Torgersen at faget er så underutvikla. Er faget på eit primitivt nivå, vil klassifikasjonseksptisen vera på eit tilsvarande høgt nivå, fordi ein er avhengig av å utvikla faget vidare.

ENDRINGAR I TID: FRÅ DSM-I TIL DSM-5 HAR DEFINISJONEN AV PSYKISKE LIDINGAR BLITT UTVIKLA OG ENDRÅ I TAKT MED KULTUREN. HER ER EI OVERSIKT OVER ENDRINGAR FOR TRE UTVALDE LIDINGAR.

Tilstand	<i>DSM-I</i> (1952)	<i>DSM-II</i> (1968)	<i>DSM-III</i> (1980, revidert 1987)	<i>DSM-IV</i> (1994, revidert 2000)	<i>DSM-5</i> (utkast publisert mai 2010)
Autisme	Schizofren reaksjon, hos born Dette er første gong autisme blir nemnt, bare hos born, som symptom på ein psykotisk reaksjon.	Schizofreni, hos born; schizoid personlegdom No er det blitt eit symptom på to lidningar, men framleis bare hos born.	Infantil autisme Autisme blir ein eigen kategori, men framleis bare for born, men revisjonen i 1987 utvidar lidinga til også å kunna gjelda vaksne.	Autismeliding Som <i>DSM-III-R</i> definerer òg <i>DSM-IV</i> autisme ved seks spesifikke symptom, blant dei nedsett evne til sosial samhandling.	Autismespekterliding Blir no ein samlekategori for ei heil rekke tilstandar som mellom anna inkluderer autisme og Aspergers syndrom.
Depresjon	Depressiv reaksjon Klassifisert som ei psykonevrotisk liding kjenneteikna ved angst.	Depressiv nevrose Ikkje lenger sett som ei form for angst, men forklart som reaksjon på ei intern konflikt eller på tapet av eit kjærte objekt eller ein person.	Alvorleg depresjon No vurdert som ei forstyrning (disorder). Unnatak for tapskjensle som følgje av at ein mister nokon ein er glad i. Dette blir kalla «normal reaksjon».	Markert depressiv episode Unnataket ved tap blir avgrensa: Bare symptom som varar kortare enn to månader blir rekna som normale.	Markert depressiv episode Unnataket er fjerna med argumentasjon om at det ikkje finst evidens som støttar det å skilja sorg ved tap frå andre påkjenningar.

	Fobisk reaksjon; konverteringsreaksjon	Hysterisk nevrose; hysterisk personlegdom	Histrionisk personlegdomsforstyrning	Histrionisk personlegdomsforstyrning	
Hysteri	Termen hysteri blir nytta gjennom heile manualen.	Hysterisk nevrose blir ein eigen kategori, og hysterisk personlegdom kjem til, kjenneteikna av overreaksjonar og isenesetting av seg sjølv.	Blir klarare differensiert frå nevrose, som blir omdøyppt til konversjonsforstyrning.	Omgrepet hysteri blir fjerna frå innhaldsoversikta, men personlegdomsforstyrninga får bli, definert som overdriven søking om merksemd.	Histrionisk personlegdomsforstyrning fjerna
Fakta om utgåva	106 diagnosar 130 sider	182 diagnosar 134 sider	265 diagnosar (R 292) 494 sider (R 567)	297 diagnosar 886 sider	

1 Dette er ei omsetting og redigering av ein tabell av Erin Biba som sto på trykk i magasinet Wired desember 2010.

– Vi i psykologien famlar i mørkret. Vi er endå på eit nivå der vi lagar mytar om strukturar, medan andre medisinske fag har oppnådd eit heilt utruleg presisjonsnivå. Fram i tid vil dei le seg skakke av kva som utgjer kategoriar innanfor psykisk helse i dag, seier Sverre Torgersen.

Problema med komorbiditet, eller multimorbiditet, som det eigentleg er snakk om, viser dette klart. Har du angst, er det 75 prosent sjansje for at du også er deprimert. Er du deprimert, er det 50 prosent sjansje for at du har angst. Det er heller ikkje uvanleg å ha både angst og depresjon, psykose og ei personlegdomsforstyrning – alt på ein gong. Det er som om ein i onkologien skulle gje eigne diagnosar for kvar enkelt spreiding av kreften.

– Ein gong i framtida vil desse strukturane av symptom få ein eigen diagnose. Vi vil, som kreftforskarane gjer i dag, kunna identifisera ein kjernetilstand og skilja den frå utfalla.

Kostnad mot nytte

På spørsmålet om kor vidt føre-var-diagnosar er vegen å gå for ein revidert manual, svarar Sverre Torgersen med å sitera ei statistisk grunnsanning: Det er veldig tvilsamt å predikera sjeldne fenomen ut frå hyppige fenomen.

– Det er difor ein aldri må lata seg freista til å føreseia kven av personar med psykoselidingar som kjem til å drepa, eller kven som kjem til å utføra ein skulemassakre. Ein vil alltid få ei rekke falskt positive. Er det stor forskjell i prevalens, så er det bare å gløyma å føreseia noko.

På den andre sida, når vi viser han dei føreslåtte kriteria for *Attenuated Psychosis Syndrome*, seier han at det er fullt mogleg å laga ein diagnose basert på desse. Og kanskje er ikkje det så gale, når ein tenkjer på alle ein kan hjelpa? Om du bruker *DSM* vil alle få ein eller fleire psykiatriske diagnosar i løpet av livet. Til dømes vil minst 30–40 prosent av oss i periodar kvalifisera til å reknast blant dei med personlegdomsforstyrning.

– Det er ikkje så mange som har schizofreni – eller alvorleg kreft, supplerer Torgersen, som gjerne er med på å samanlikna mildare psykiske lidingar med influensa og herpes.

Er då kampen mot diagnosane feilslått? Bør ein heller setta ressursane inn på folkeopplysing og avstigmatisering?

– Slike føre-var-diagnosar er heilt vanlege i somatikken. Det handlar eigentleg om ein cost-benefit-analyse.

Og når det kjem til spørsmålet om eventuell førebyggande bruk av legemiddel for psykiske lidingar, er han heller ikkje kategorisk.

– Biverknader finst av alle medisinar. Eg ser den ukontrollerte bruken av smertestillande medisinar som eit mykje større folkehelseproblem enn denne utbreiinga av psykofarmaka.

«Sverre Torgersen er gjerne med på å samanlikna mildare psykiske lidingar med influensa og herpes»

Når det er sagt: Sverre Torgersen meiner personar med «føre-var-symptom» er godt nok dekte opp gjennom at både *DSM-IV* og *ICD-10* listar såkalla prodromale symptom for ulike lidingar – tidlege symptom som indikerer at noko er på gang.

Men alt i alt er altså også Sverre Torgersen skeptisk til innføring av ein eigen diagnose for *attenuated psychosis syndrome* i *DSM-5*. Tunga på vektskåla blir – også for han – spørsmålet rundt kor langt ein skal gå i å definera noko som unormalt.

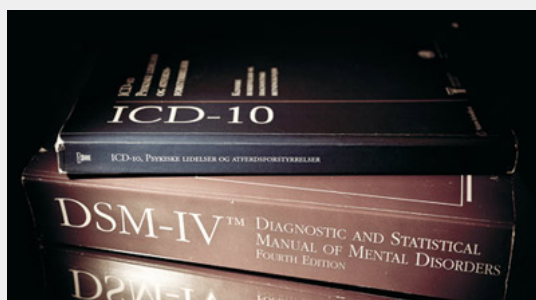
Dei hardaste stryka

Førebels ser dagens diagnosesystem for klassifisering av psykiske lidningar ut til å stå fast. Det er i alle fall stabilt nok til å ha fått rolle som nøkkelstein i brua vi kallar psykisk helsevern – den vi har bygt for å transportera folk tryggast mogleg over dei hardaste strykka i livet. Og, tilsynelatande ved ein eigen innebygd dynamikk, vinn diagnostiseringa stadig nytt land. Det skal mindre til for å få ein diagnose i dag enn det gjorde då *DSM-III* kom på marknaden i 1980. Dette gjeld for psykisk helsevern som for somatikken. Kartlegging av genom og prøvar av blod og spinalvæske har lenge spelt ei viktig rolle i vurderinga av risiko for alvorlege arvelege fysiske sjukdomar. No står altså føre-var-diagnostisering av psykiske lidningar for døra.

Det er fullt mogleg – ja, det er truleg – at ein føre-var-diagnose kjem med i *DSM-5*. Prestisjen og gjennomføringsviljen i psykosegruppa ser ut til å vera sterk. Og kjem den inn i *DSM-5*, skal det ifølgje dei vi har snakka med, veldig mykje til for at dei ikkje òg skal koma med i *ICD-11*. Så sant ikkje engasjerte fagpersonar som er skeptiske til utviklinga, maktar å skapa nok motstand. Kan henda står nokon klare til å ta opp kampen som Allen Frances har starta. Kampen mot aukande medisinbruk, blant både born og vaksne. Kampen mot ei stadig vidare definering av kva som er sjukt. Kort sagt: kampen for normaliteten.

Men kva då med alle dei vi kunne ha hjulpet? Alle dei, for å bruka eit omgrep frå psykologen og forfattere Einar Økland, glitrande psykotiske som kunne ha hatt det så mykje betre om dei var blitt oppdaga tidleg nok? Kven sit med ansvaret om dei ikkje får hjelp? Debatten er så vidt i gang.

DIAGNOSESYSTEM



- Det finst to diagnosesystem for psykiske lidningar i verda
- Det eine er kapittel F, «Mental and behavioural disorders», i tiande utgåve av Verdas helseorganisasjon sin manual *International Classification of Diseases (ICD-10)*, som kom i alminneleg bruk i 1994, og etter planen kjem i ny versjon om tre år
- Det andre diagnosesystemet er fjerde versjon av American Psychiatric Association (APA) sin *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)*. *DSM-5* skal etter planen publiserast våren 2013
- Norske helsearbeidarar er i det daglege pålagde å bruka *ICD-10*, men det er vanleg å nytta *DSM*-kriteria ved forskning, for å kunna samanlikna kategoriar direkte og for å letta publisering i amerikanske tidsskrift
- *ICD* har røter tilbake til dei første listene over dødsårsaker utvikla i 1850-åra, medan *DSM-I* såg dagsens lys i 1952
- Kapittel F i *ICD* bygger i stor grad på *DSM*

HER KAN DU LESA MEIR

- www.dsm5.org
- <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Nettdiskusjon på Schizophrenia Research Forum: <http://bit.ly/fYDRVW>
- *Wired* sin artikkel om kritikken av *DSM-5*-revisjonen: <http://bit.ly/hAx4pX>

Teksten sto på trykk første gang i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 48, nummer 4, 2011, side 354-363

TEKST OG FOTO:

Arne Olav L. Hageberg, Journalist og nettansvarleg i *Psykologtidsskriftet*

+ Vis referanser

Kjelder

American Psychiatric Association sine nettsider om revisjonsarbeidet: <http://www.dsm5.org>.

Bjelland, I. & Dahl, A.A. (2008). Dimensjonal diagnostikk - ny klassifisering av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 128, 1541-1543.

Borders, M. (2011). Corrupting Psychiatry. Lasta ned 31.1.2011 frå <http://washingtonexaminer.com/blogs/opinion-zone/2011/01/corrupting-psyc...>

Carpenter, W. T. (2009). Anticipating *DSM-V*: Should psychosis risk become a diagnostic class? *Schizophrenia Bulletin*, 35, 841-843.

Carpenter, W. T. et al. (2009-2010). Nettdebatt på Schizophrenia Research Forum. Lasta ned 21 februar 2011 frå www.schizophreniaforum.org

- Frances, A. J. (2010). Psychosis Risk Syndrome: Just as risky with a new name. Lasta ned 21.2.2011 frå <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201007/psychosis-ri...>
- Frese, F. J. & Keris, J.M. (2010). On consumer advocacy and the diagnosis of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 495-501.
- Gever, J. (2010). More bumps in road to the DSM-V. Lasta ned 31. januar 2011 frå <http://www.medpagetoday.com/Psychiatry/DSM-5/24046>
- Greenberg, G. (2010). Inside the battle to define mental illness. *Wired*, 12.
- Mayes, R. & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioural Sciences*, Vol. 41 (3), 249-267.
- Spitzer, R. L. (1989). The development of diagnostic criteria in psychiatry. Lasta ned 20. februar 2011 frå <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989U309700001.pdf>
- World Health Organization. History of the development of the ICD. Lasta ned 15. februar 2011 frå <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>