



BBC 55: PSYKIATRISKE DIAGNOSER FØR, NÅ OG KANSKJE I FRAMTIDEN

Vi har hatt psykiatiske diagnoser i noen hundre år. Tidligere gjaldt de de alvorligste tilstandene, det vil si det som i dag kalles psykose, depresjon, mani, tvangslidelse og lignende. Noen diagnoser var ganske sære, og hadde ditto betegnelser. Da maleren Lars Hertervig ble innlagt på Gaustad sykehus i 1856, fikk han diagnosen melancholia. Legene mente at lidelsen var ”fremkommet ved stirrende iagttagelse af landskaperne i solskinn”. Han ble behandlet med blodigler, lunkne bad og kalde dusjer. Et år senere ble diagnosen endret til dementia, eller det som i dag kalles schizofreni. En grunn til endringen var at man mente at han onanerte. Onani skadet hjernen etter datidens oppfatning. Da var det rimelig at det oppsto en alvorligere tilstand. Ellers fordømmer jeg ingen som handlet ut fra datidens kunnskap.



Selvportrett av maleren Lars Hertervig (1830–1902). Til høyre hans fantastiske maleri Gamle furutrær. Enkelt sagt ble han gal fordi han ble mobbet av pappagutter som kunstnerisk sto langt under ham selv. En gang da han sto og malte i ungdommen, skal han ha fått kommentarer fra en pen herre. Hertervig skal ha sagt at mannen var hevet over striskjorten og havrelefsen, og nok var en av de ”opphøyete i ånden”, men at hans kunstforstand hang og dinglet i kalverompa.

De siste tiårene har det virkelig blitt sving på diagnostikk. DSM-III, den tredje versjonen av den amerikanske psykiaterforeningens ”Diagnostic and statistical manual of mental disorders”, kom i 1980, og innledet epoken vi lever i nå. Siden har det bare økt på med diagnoser. DSM-5, som kom i 2013, er på 947 sider og inneholder flere hundre diagnoser. Dess flere diagnoser, dess større sjanse for å finne en diagnose som passer for våre større eller mindre problemer. Gjett om medikasjonsindustrien gnir seg i hendene – det er alltid et medikament som *kan* virke. Mange er kritiske til utviklingen, som jeg var inne på i BBC 54.

Jeg har flere ganger vært inne på at vi enkelt sagt har to typer kategorier: Naturlige og skjønsmessige. Naturlige kategorier gir seg selv. Høyde og lavhet er ikke noe vi diskuterer, men måler. Klassifikasjon i naturlige kategorier skjer ofte ut fra objektive kriterier som det er

relativt lett å enes om, og er ofte praktisk nyttig: Skal vi plukke molter, kan det være lite populært å komme hjem med blåbær. Våre liv er fulle av tilsvarende tydelige og nyttige kategorier. Skjønnsmessige kategorier bygger mer på synsing og ”sosiale konvensjoner”, altså det vi blir mer eller mindre enige om. Nettopp fordi de er basert på konvensjoner, kan kriteriene være vage. Det oppstår oftere uenighet om hvilken kategori et fenomen tilhører. Den praktiske nytten kan være begrenset. Om vi for eksempel stiller den ene eller andre psykiatriske diagnosen, kan ha lite å si for behandling. Uansett er det personens atferd vi må forholde oss til i atferdsanalytisk og annen psykologisk behandling. Hærskaren av kategorier, også skjønnsmessige, viser logisk nok at mennesker har en utrolig tendens til å kategorisere. Husk også at all tacting, det vil si benevning av tilstedeværende stimuli, er kategorisering.



Til venstre DSM-I fra 1952, en tynn bok, men starten på den moderne tid. I midten DSM-III fra 1980. Den var en kraftig utvidelse av DSM-II fra 1967. Da jeg studerte psykologi i første halvdel på 1980-tallet, var den omfattet av svært stor interesse. Til høyre mursteinen DSM 5, som kom i fjor. Det spøkes med at det snart er behov for gaffeltruck.

Psykiatriske diagnoser har både naturlige og skjønnsmessige innslag. På den naturlige siden har mennesker alltid vært opptatt av væremåter som overdreven tristhet og nedstemthet, overdreven glede og oppstemthet, ren galskap, angst og lignende, det vil si kjerner i klassiske psykiske lidelser. Det er fenomener som alle kan se, og som er nokså klare. Men mange moderne psykiatriske diagnoser har omfattende definisjoner i form av kriterier som har blitt til etter lange diskusjoner i komiteer når diagnoseverkene utarbeides. Til dels er definisjonene også uklare. Siden det er ekstremt mange diagnoser, er det naturlig(!) at de overlapper ved at mange væremåter kan inngå i flere diagnoser. Med få unntak sier diagnosene heller ikke noe om årsaker til atferd som de stilles på grunnlag av. De er altså ikke funksjonelt inndelte, og er et virvar av atferdsbeskrivelser, inkludert beskrivelser av tanker og følelser. Det er vanskelig å ha oversikt over alle diagnosene. Dermed stilles diagnoser for ofte av folk som vet lite om hva de går ut på. Det skjønnsmessige bidrar også til at diagnoser kan stilles for at personen skal få tjenester og ytelser.

Bare fra DSM-IV i 1994 til DSM-5 i 2013 har diagnosemulighetene økt. Et eksempel er at ADHD-kriteriene er utvidet, både ved at tegnene kan debutere senere og ved at terskelen for å stille diagnosen hos voksne er senket. Det er også mer åpning for å kombinere ADHD og autisme. For å dempe overdiagnostisering og –behandling av bipolar lidelse hos barn og unge, har man laget diagnoser ”disruptive mood dysregulation disorder”, som må bli

”stemningsregulerings-forstyrrelse med problematferd”. En annen nyvinning er ”premenstrual dysphoric disorder”, som må bli ”premenstruell nedstemthetsforstyrrelse”. For fobier kreves det ikke lenger at voksne må forstå at frykt og angst er overdreven eller urimelig. Separasjonsangst var tidligere en barnediagnose. Nå kan den stilles også hos voksne. Nok en nyskaping er ”hoarding disorder”, som må bli ”samleforstyrrelse” (eller ”-mani”), og som ikke lenger bare er et eksempel på tvangslidelse. Det har også blitt lettere å stille diagnosen posttraumatisk stresslidelse hos barn og unge.

Med det enorme antallet diagnoser er det enda lettere å få problematferd til å passe inn i en diagnose, eller til å utgjøre en diagnose alene. Mange snakker derfor om ”medikalisering” av relativt normale fenomener. Selv er jeg opptatt av den store økningen i bruk av diagnoser som reaktiv tilknytningsforstyrrelse, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), ADHD og asperger. Når det gjelder asperger, skal rett være rett: Aspergerdiagnosen er fjernet, og inkludert i autisme, slik at DSM-5 også inneholder forenklinger. Tidligere har vi jo ”mistet” diagnoser som homofili og fetisjisme. Men hovedbildet er en fortsatt ekspansjonen av diagnoser. Det blir også spennende å se hvor mange intellektuelt normalt fungerende personer, som tidligere kunne ha fått en aspergerdiagnose, som etter hvert får en autismediagnose. (Man regner med at asperger også forsvinner i offisielle ICD-11, som trolig kommer om et år eller to.)

Stadige endringer gjør det vanskelig å vite hva nye revisjoner vil bringe. Det vil garantert komme nye diagnoser. Det er bare å foreslå. Samfunn, livsstiler og problemer er i endring. Det etterlyses ofte ”en terapi for vår tid”. Det samme må gjelde diagnoser. Her er noen diagnoseforslag hentet fra min *Holden's Manual of Alternative Disorders* (Holden's MAD):

Unngåelse av ubehag- og anstrengelseslidelse (Discomfort and effort avoidance disorder, DEAD) (Minst tre kriterier må oppfylles):

- a) Studerer ikke eller lever ikke av vanlig lønnet arbeid.
- b) Svekket fungering står ikke i rimelig forhold til reelle plager.
- c) Sterk tendens til å overdrive plager som skal være årsak til svekket fungering.
- d) Legger planer, men iverksetter dem sjelden.

Spesifiseres i en av tre varianter:

- 1) Engstelig, der angst er hovedtema.
- 2) Somatisk, der tema er sykdom, smerter og lignende.
- 3) Unngåelse av anstrengelse, der tema er manglende grunnleggende yteevne.

Verdimessig tomhetssyndrom (Values vacuum syndrome, VVS) (Minst fem kriterier må oppfylles):

- a) Uttalt vegring mot praktisk handling, og tendens til å finne daglige gjøremål kjedelige og meningsløse.
 - b) Hyppig deltakelse i langvarige sosiale samvær, som kafébesøk og lignende.
 - c) Uklare planer som sjelden eller aldri realiseres.
 - d) Selvopptatt, og problemer med å se seg selv som en del av et samfunn.
 - e) Sterkt opptatt av selvrealisering på bekostning av å bidra til fellesskapet inkludert å skape neste generasjon.
 - f) Hvis personen studerer, er det ikke (1) et studium som leder til produksjon av konkrete varer eller tjenester og/eller (2) studieprogresjon følges ikke.
 - g) Hvis personen er i arbeid, er det (1) vanskelig å tilpasse seg rutiner og/eller (2) hyppige sykefravær på uklart grunnlag.
 - h) Hvis personen har en trygdeytelse, er det liten forståelse av å motta fra fellesskapet.
- Inkl.: Manglende mål og mening-lidelse, nytelseslidelse, selvrealiseringslidelse.

Ordinært sexliv-lidelse (Ordinary sex life disorder, OSD) (Minst fem kriterier må oppfylles):

- a) Opplever ikke liten sexlyst som et problem.
- b) Hatt under ti sexpartnere.
- c) Gjør sjelden eller aldri noe for å bli seksuelt opphisset, som fantasier, bildemateriale eller lignende.

- d) Har aldri oppsøkt sexolog eller andre terapeuter for å få mer lyst.
- e) Kan takke nei til tilbud om sex.
- f) Bruker maksimalt to forskjellige samleiestillinger.
- g) Er seksuelt funksjonsdyktig, og under 95 år.

Normal atferdsforstyrrelse (Normal behavior disorder, NBD) (Minst fem kriterier må oppfylles):

- a) Studerer med normal progresjon, er i jobb eller er pensjonert etter et langt yrkesliv.
 - b) Lever eller har levd i et langvarig parforhold, og aldri vært skilt.
 - c) Heterofil.
 - d) Hatt under ti sexpartnere.
 - e) Aldri brukt ulovlige rusmidler (bortsett fra sporadisk drikking av hjemmebrent).
 - f) Aldri gjort noe straffbart, knapt kjørt mer enn 20 % over fartsgrensen eller hatt vesentlig mer enn taxfreekvote.
 - g) Aldri hatt gjeld større enn fire ganger årsinntekt.
- Inkl.: 8–4-syndrom, Hvermannsens syndrom.



Den legendariske erkeengelske komikeren og skuespilleren Marty Feldman i rollen som A. B. Normal, som på norsk må bli U. Normal. Neppe noen fare for diagnosen Normal atferdsforstyrrelse her.

Overdrevet sosial vellykkethetslidelse (Exaggerated social success disorder, ESSD) (Minst fem kriterier må oppfylles):

- a) Sterkt ønske om å se betydelig yngre ut, og tilsvarende forsøk på det.
- b) Ekstrem opptatthet av mosjon/trening, kosthold og hudpleie for å se ung og sprek ut.
- c) Sterkt opptatt av et vellykket materielt ytre.
- d) Sterk opptatt av å være på de rette stedene.
- e) Sterkt opptatt av å gjøre de rette fritidsaktivitetene.
- f) Sterkt ønske om å ville være sammen med de rette personene.
- g) Hyppig bruk av sosiale medier for å vise seg fram.

Gerontofili (Gerontophilia) (Minst to kriterier må oppfylles):

- a) Seksuell tenning på personer som er eller ser vesentlig eldre ut enn en selv.

- b) Ønske om seksuell kontakt med eldre personer fordi man føler seg seksuelt mer attraktiv sammen med eldre personer.
- c) Forlegenhet eller redusert tenning i seksuell omgang med jevnaldrende eller yngre personer.

Galskap (Madness) (Minst ett kriterium må oppfylles, i tillegg til generelt kriterium):

- a) Utfører konkrete handlinger som er helt hinsides, og/eller
- b) Sier ting, rapporterer tanker og oppfatter ting som er helt hinsides.

Generelt kriterium: Personen oppfatter sin atferd som rimelig.

Lavt evnenivå-forstyrrelse (Low ability disorder) (Alle kriterier må oppfylles):

- a) Ikke utviklingshemning, det vil si IQ på ca. 70 eller høyere, og adaptiv fungering i form av rene ferdigheter over nivået for utviklingshemning
- b) IQ ikke over 80, og adaptiv fungering i form av rene ferdigheter deretter.
- c) Ikke i vanlig lønnet arbeid, og uten utsikter til å få det.
- d) Har et åpenbart bistandsbehov i det daglige, så som til økonomisk oversikt, kontakt med det offentlige, ivaretagelse av egen helse.

Jeg driver selvfølgelig litt satire, som ikke utelukker en alvorlig kjerne. Flere forslag er seriøse, særlig Lavt evnenivå-forstyrrelse. Etter min mening er det et undervurdert problem. Ca ti prosent av oss har IQ på 80 eller lavere, og ofte går det så som så, særlig for de som har dårlig nettverk. Heller ikke normal atferdsforstyrrelse må kimses av. Å være normaliker er knallhardt, ikke minst fordi samfunnet viser liten forståelse og fordi behandlingstilbudet er elendig. Behandling må for øvrig være noe i retning av å ”eksperimentere med atferd”, som jeg lærte om på et hjernevaskpreget lederutviklingskurs på 1980-tallet. Hasj, LSD og å slutte seg til ulike alternative bevegelser kan også gjøre susen. Andre diagnoser innebærer neppe problemer, som de bør gjøre hvis de skal bli diagnoser. For eksempel kan det diskuteres om gerontofili er en klinisk tilstand. Men det kommer få barn ut av for eksempel seksuelt samkvem med kvinner i 60–70-årene. Ikke alle menn bør derfor ha diagnosen, hvis vi skal holde oss til tradisjonell forplantning. Når det gjelder gerontofili, er det ikke jeg som har funnet opp begrepet. Men skal det bli en diagnose, må det jo være kriterier!



Da Rex Rodney (født 1980, etter Doctor Rodney og Nulle Hanover) vant Elitloppet på Solvalla i 1986, var jeg forhindret fra å se opptak av det på TV. Som deltaker på et lederutviklingskurs, ble jeg nektet kontakt med omverdenen, fordi kurset skulle endre meg maksimalt som menneske, det vil si hjernevaske meg. Jeg ble nok litt hjernevasket, men svært kortvarig.

Ellers undervurderer jeg ikke at psykiske lidelser generelt kan være problematiske, som de altså må være for å være diagnoser.

Jeg burde kanskje også foreslå å ta bort noen diagnoser, nettopp fordi samfunn og kultur endrer seg. Noen diagnoser er neppe liv laga også i våre dager. I en tid der tomme tønner ikke bare kan romle mest, men også ha mer å si en noen gang før, har diagnosen dramatiserende personlighetsforstyrrelse neppe samme berettigelse. Væremåtene som inngår i diagnosen, må jo nærme seg en normal og kulturelt ønsket tilstand. Det samme gjelder langt på vei emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og narsissistisk personlighetsforstyrrelse, selv om sistnevnte bare finnes i DSM-5 og ikke i ICD-10.

Før øvrig er mine forslag til nye diagnoser egentlig bare å flikke på et system som har store grunnleggende svakheter, som jeg var inne på. I tråd med det jeg har skrevet andre steder, foreslår jeg derfor følgende funksjonelle system som består av åtte hoveddeler:

- 1) Spesiell sensitivitet for positive forsterkere
 - a) Avvikende type, der forsterkeren er problematisk i seg selv. (Eksempelvis blotting, pedofile, kleptomane og pyromane handlinger, inntak av ulovlige rusmidler, avhengighet av sære rutiner og ritualer for å trives.)
 - b) Overdrevet type, der sensitivitet for normale forsterkere er for sterk. (Eksempelvis rivalisering, manipulasjon, onani, promiskuitet, inntak av lovlige rusmidler, stadig søking etter oppmerksomhet.)
- 2) Svak sensitivitet for positive forsterkere. (Eksempelvis manglende interesse à la det vi kan se ved depresjon og schizofreni.)
- 3) Spesiell sensitivitet for aversive stimuli
 - a) Avvikende type, der aversiv stimulus er problematisk i seg selv. (Eksempelvis tics, tvangshandlinger, fobier.)
 - b) Overdrevet type, der sensitivitet for normale aversive stimuli er for sterk. (Eksempelvis generelt overdrevet unngåelse, irritabilitet og aggresjon.)
- 4) Svak sensitivitet for aversive stimuli. (Eksempelvis uhemmet atferd à la det vi kan se ved psykopati og pedofili.)
- 5) Forsterkning av feil atferd. (Eksempelvis atferd vi kan se i forbindelse med atferdsforstyrrelser hos barn og unge.)
- 6) Manglende ferdigheter. (Eksempelvis manglende skoleferdigheter og sosiale, verbale og praktiske ferdigheter.)
- 7) Påvirkning fra modeller. (Eksempelvis at personen har lært atferden, inkludert verbale forestillinger, fra andre.)
- 8) Verbal fungering. (Eksempelvis direkte gale forestillinger som er urokkelige, overdrevne forestillinger om hvor viktig det er å unngå ubehag og uhensiktsmessige oppfatninger om årsaker til egen atferd.)

I tillegg må vi angi selve atferden, hvilken skade den gjør og alvorlighetsgrad 1–3. En persons atferd kan selvfølgelig plasseres i flere grupper enten på grunnlag av samme eller forskjellige atferder.

Som seg hør og bør, har lokallaget dagsseminar om psykiatrisk diagnostikk på Milepælen på Sand i Nord-Odal fredag 24. oktober. Den klingende tittelen er ” Psykiatriske diagnoser: Nyttige eller skadelige?”, og jeg skal vel ha en vesentlig del av innholdet. Jeg vet ikke om det blir trengsel, men det skader ikke å sette av dagen og å spre det glade budskap.

God høst så lenge.

18. september 2014

Børge Holden