
Eit farvel til psykiatrisk diagnostikk

KRONIKK

TROND F. AARRE

trond.aarre@helse-forde.no

Trond F. Aarre er spesialist i psykiatri og i rus- og avhengningsmedisin og er avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter og fagsjef i Psykisk helsevern, Helse Førde.

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

Psykiatriske diagnostiske kategoriar er ugyldige og lite stabile. Dei seier lite om årsakene til problema, prognosen eller kva som er nyttig behandling. Psykiatrisk diagnostikk kan difor ikkje vere ein føresetnad for forsvarleg helsehjelp.



Illustrasjon: Marianne Gretteberg Engedal

Helsestyresmakter og tilsynsmyndigheiter krev grundig psykiatrisk diagnostikk i pakkeforløp (1), i kliniske retningslinjer (2) og i behandling av tilsynssaker. Fylkesmannen i Hedmark hevda i 2017 at «å sette diagnoser er påkrevet for å kunne yte forsvarlig helsehjelp», sjølv i eit kommunalt lågterskeltilbod (3). Statens helsepersonellnemnd skriv at for «å forebygge feildiagnostikk og feilbehandling, forventes det at helsepersonellet gjør systematiske differensialdiagnostiske vurderinger» (4).

Diagnosane skal vere frå klassifikasjonssystemet ICD-10 (5), som byggjer på tredje og seinare utgåver av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (6). Forskingsfunn tyder ikkje på at desse diagnosane er gyldige eller til stor praktisk hjelp. Dei som normerer fagleg verksemd, bør ta høgd for at det er svakt fagleg grunnlag for å hevde at korrekt diagnostikk er ein føresetnad for at helsehjelpa er fagleg forsvarleg.

«Det er svakt fagleg grunnlag for å hevde at korrekt diagnostikk er ein føresetnad for at helsehjelpa er fagleg forsvarleg»

Leiande ekspertar har mista illusjonane sine om ICD og DSM. Thomas Insel, direktør ved The National Institute of Mental Health (NIMH) i USA 2002–15, meiner at dei dårlege resultata i psykisk helsevern krev ei ny tilnærming til diagnostikken (7).

Ugyldige diagnosar

Kritikken mot ICD og DSM kjem frå fagfolk som forsvarer tenkjemåten som ligg til grunn for diagnostikken. Kendells påvising av upåliteleg diagnostikk (8) bana veg for den kriteriebaserte diagnostikken, som fekk gjennombrøtet sitt i 1980 med DSM-III. Kendell meiner at DSM har gjort diagnostikken meir påliteleg, men ikkje gyldig. Etter hans syn er diagnostiske kategoriar berre gyldige dersom dei er klårt skilde einingar med naturlege grenser mot andre lidningar. For dei fleste av lidingane er ikkje dette målet oppfylt (9). Heller ikkje Frances, som leia arbeidet med DSM-IV, kan sjå at det finst psykiske lidningar som er avgrensa sjukdomseiningar med felles årsak (10).

Sjølv for schizofreni er det uklårt om omgrepet svarer til noko objektivt. Sir Robin Murray er kanskje den mest framståande schizofreniforskaren i Europa i sin generasjon. Han skriv at omgrepet *schizofreni* er i ferd med å smuldre opp fordi det ikkje er ein avgrensa sjukdom og at det truleg vil hamne på historias skraphaug i lag med «vattersott» (11).

Superior Health Council, eit organ under helse- og matdepartementet i Belgia, gav ut ein rapport om DSM-5, diagnostikk og klassifikasjon. Rådet hevdar at klassifikasjonane byggjer på at «*mental disorders occur naturally, and that their designations reflect objective distinctions between different problems, which is not the case*». Rapporten hevdar at klassifikasjonane ikkje gjev «*a picture of symptoms, management needs and prognosis because they lack validity, reliability and predictive power*» (12).

Diagnostisk labilitet

Dei plagene som ligg til grunn for diagnostikken, endrar seg på lite føreseieleg vis. Dei diagnostiske kategoriane er ikkje stabile, dermed er dei ikkje til stor hjelp for å føresjå prognosen.

Ein registerstudie følgde alle som var fødte 1900–2015 som var i live og budde i Danmark i perioden 2000–16 (13). Nær seks millionar personar vart følgde opp i nesten 84 millionar personår. Behandling i spesialisthelsetenesta for ei psykisk lidning gav auka risiko for *alle andre* psykiske lidingar i oppfølgingstida. Forfattarane skriv at funna deira støttar «*the pluripotent nature of mental disorders*», særleg tidleg i sjukdomsutviklinga (13).

«Dei diagnostiske kategoriane er ikkje stabile, dermed er dei ikkje til stor hjelp for å føresjå prognosen»

91 % av borna fødte april 1972 – mars 1973 i Dunedin på New Zealand vart følgt i ein annan studie. Deltakarane vart undersøkt med diagnostiske intervju ni gongar før dei fylte 45 år. Av dei som var i live, deltok då 94 %. Fagfolk diagnostiserte på bakgrunn av intervju, journalar, komparentopplysningar og medikamentbruk. Då dei var 45 år, hadde 86 % oppfylt diagnostiske kriterium for ei psykisk lidning, og 85 % av desse hadde hatt meir enn éi psykisk lidning. Lidiane kom og gjekk. Pasientane veksle mellom alle typar psykiske lidingar. Dette høver dårleg med spesifikke årsaker til dei ulike psykiske lidiane. Forfattarane åtvarar mot å stole for mykje på diagnosespesifikk forskning og behandling og tilrår eit transdiagnostisk perspektiv (14).

Transdiagnostiske tilnærmingar

Det diagnostiske paradigmet vert utfordra av at prosessane som fører til psykiske plager, er transdiagnostiske. Komedisitet er regelen og ikkje unntaket, ein artefakt som skuldast kategorisk diagnostikk. Kategoriane er svært heterogene med talrike måtar å oppfylle kriteria på, og det er uklare skilje mellom kategoriane (15). Dei diagnostiske kriteria fangar ikkje alle viktige symptom, og symptomutforminga vekslar (13, 14). Tiltak vert i liten grad styrt av diagnostikken (15).

Transdiagnostiske tilnærmingar tek høgd for dette ved å anten gå på tvers av diagnostiske grenser eller heilt sjå bort frå diagnostiske kategoriar.

Epidemiologiske data tyder på at psykiske lidingar, som ein har forklart med høgare ordens faktorar (som internaliserande og eksternaliserande lidingar, tankeforstyrringslidningar), vert best forklart av ein generell psykopatologisk dimensjon, p-faktoren (16). Høg p-skår er forbunde med funksjonssvikt, førekomst av psykiske lidingar i familien, utviklingsproblem og svekt

hjernefunksjon tidleg i livet. P-faktoren kan forklare kvifor det er så vanskeleg å finne årsaker, konsekvensar, biomarkørar og behandlingar som er spesifikke for einskilde psykiske lidningar.

National Institute of Mental Health vurderer DSM-diagnostikk som eit hinder for forskinga. Tilsette her skriv at kategoriane og kriteria vart formulerte før moderne nevrovitskap og difor neppe er gyldige (17). Dei legg til at dette har hindra framsteg, og at me treng ei ny tilnærming for å kome vidare. *Research Domain Criteria* er instituttet sitt transdiagnostiske alternativ, som kartlegg seks dimensjonar i staden for diagnostiske kategoriar.

Vitskaplege studiar av behandlingsformene ekskluderer vanlegvis pasientar med samtidige lidningar. Behandling skjer difor ofte parallelt eller i sekvens, retta mot det som framstår som ulike lidningar på grunn av klassifikasjonssystemet. Transdiagnostisk terapi, som ikkje kviler på nøyaktig diagnostikk, kan vere eit enklare alternativ.

«Transdiagnostisk terapi, som ikkje kviler på nøyaktig diagnostikk, kan vere eit enklare alternativ»

Det vil føre for langt å gå grundig inn på behandlingsforskinga her. Eg nøyer meg med nokre smakebitar som illustrerer at det er vanskeleg å sameine funna frå behandlingsforskinga med tanken om at behandlinga må byggje på diagnostiske kategoriar.

Når det gjeld psykoterapi, så tyder dei omfattande metaanalysane til Wampold og Imel (18) på at effekten av psykoterapi ikkje avheng av tilpassing til diagnosen. *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* nyttar same behandlingsmanualen for depresjonar, angstlidningar og andre vanskar – i staden for spesifikke manualar for kvar lidning. Ein studie fann lik effekt, men mindre fråfall frå behandlinga, ved bruk av *Unified Protocol* enn ved spesifikke manualar for panikkling, tvangsliding, sosial fobi og generalisert angstling (19).

Behandling med psykofarmaka rettar seg sjeldan mot diagnosen, men mot plagene pasientane har, som angst eller hallusinasjonar (20). Det er svake samband mellom diagnosen og kva lækjemiddel som vert nytta. Dei færraste som nyttar antipsykotika har nokon gong vore psykotiske (21), og antidepressiv vert nytta mot svært mange psykiske problem, med eller utan dokumentasjon for effekt.

Epistemisk fengsel

Diagnostikken er kategorisk, men røynda er dimensjonal. Ingen påstår at årsakene til psykiske plager respekterer den diagnostiske inndeling. Behandlinga er heller ikkje så nært knytt til diagnostikken som mange trur. Forskinga tyder på at klassifikasjonssystema gjev oss diagnosar som korkje er stabile, gyldige eller til hjelp for å velje behandling. Det er vanskeleg å sjå at slik diagnostikk må vere eit krav for å gje forsvarleg helsehjelp.

Hyman, direktør ved National Institute of Mental Health 1996–2001, kallar diagnostikken eit «epistemisk fengsel» (22). DSM-utgåvene var meint som praktiske hjelpemiddel for forskning og klinisk praksis, men vert nytta som om diagnosane er namn på sjukdomar. Diagnosekategoriane avgjer forskningsspørsmål, og DSM-/ICD-diagnostikk er ein føresetnad for godkjenning, finansiering og publisering av forskning og utgangspunkt for godkjenning av lækjemiddel.

Klassifikasjonssystema er ei ramme som styrer utdanning av helsepersonell, utforming av læreverk og korleis me tenkjer om psykiske plager og vurderer og behandlar pasientar (15). Dei legg føringar for tilsyns- og kontrollorgan og jamvel handsaming i Nav og Helfo. Systemet har blitt sjølvvedlikehaldande, ikkje minst fordi alternativa vert stempla som uforsvarlege.

Gjerden peikar på at kriteriebasert diagnostikk ikkje har sett oss på sporet av underliggjande årsaker eller målretta behandlingar, og seier at til no har «ingen klart å beskrive nærmere hvilke fenomener og prosesser som eventuelt skulle ligge bak disse symptomkonstellasjonene. Likevel fastholder lærebøker, faglige retningslinjer og helsebyråkratiet at klassifisering av psykisk lidelse utelukkende etter symptomer, er et nyttig hjelpemiddel – nærmest en forutsetning – for god behandling» (23).

Frigjering frå diagnostikk etter ICD og DSM kan opne for andre måtar å klassifisere psykiske helseplager på. Det kan gje oss andre tankar om kva for prosessar som fører til god og dårleg psykisk helse, kva som utløyser og held problem ved like og kva for behandlingar og tilfriskningsprossessar som kan hjelpe dei som slit med psykiske vanskar (15).

Tilsynsmyndigheitene meiner at det er uforsvarleg å ikkje stille psykiatriske diagnosar etter ICD-10. Samstundes viser forskinga at diagnostikken er ugyldig. Ved å hevde at psykiatrisk diagnostikk er føresetnaden for forsvarleg helsehjelp, krev tilsynsmyndigheitene at helsehjelpa må vere forankra i ugyldige og labile diagnosar med liten praktisk nytte. Det kan neppe vere viktig for behandlinga å påvise psykiske lidingar som sannsynlegvis ikkje finst.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne: Kartlegging og utredning. Oslo: Helsedirektoratet, 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/kartlegging-og-utredning-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne> Lest 26.7.2022.
2. Helsedirektoratet. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet, 2013. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utdredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje>

%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf Lest 26.7.2022.

3. Fylkesmannen i Hedmark. Avgjørelse i tilsynssak - Stange kommune/Stangehjelpa – psykolog Birgit Valla – påpekt brudd på helselovgivningen. <https://napha.no/multimedia/7670/Tilsynssak-Stangehjelpen-Fylkesmannen> Lest 26.7.2022.

4. Helseklage. Klagesak N2019/2994, Helsepersonelloven § 56, jf. §§ 4 og 6. Advarsel til psykologspesialist. Opprettholdt. <https://www.helseklage.no/media/4106/n2019-2994.pdf> Lest 26.7.2022.

5. Verdens helseorganisasjon. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. utg. Oslo: Fagbokforlaget, 2011.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. utg. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

7. Insel TR. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 395–7. [PubMed] [CrossRef]

8. Kendell RE, Cooper JE, Gurlay AJ et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 25: 123–30. [PubMed] [CrossRef]

9. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4–12. [PubMed][CrossRef]

10. Frances A. Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York, NY: Harper Collins, 2013.

11. Murray RM. Mistakes I Have Made in My Research Career. *Schizophr Bull* 2017; 43: 253–6. [PubMed]

12. Superior Health Council. DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems. Brussel: Superior Health Council, 2019. Summary. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/shc_9360_dsm5.pdf Lest 26.7.2022.

13. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Holtz Y et al. Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish national population. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 259–70. [PubMed][CrossRef]

14. Caspi A, Houts RM, Ambler A et al. Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203221. [PubMed][CrossRef]
15. Dalgleish T, Black M, Johnston D et al. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *J Consult Clin Psychol* 2020; 88: 179–95. [PubMed][CrossRef]
16. Caspi A, Houts RM, Belsky DW et al. The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clin Psychol Sci* 2014; 2: 119–37. [PubMed][CrossRef]
17. Morris SE, Cuthbert BN. Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14: 29–37. [PubMed][CrossRef]
18. Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate. 2. utg. New York, NY: Routledge, 2015.
19. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 875–84. [PubMed][CrossRef]
20. Cohen BM. Embracing Complexity in Psychiatric Diagnosis, Treatment, and Research. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 1211–2. [PubMed][CrossRef]
21. Gjerden P, Bramness JG, Slørdal L. Kvetiapin brukes for mye. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0535. [PubMed][CrossRef]
22. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 155–79. [PubMed][CrossRef]
23. Gjerden P. Diagnosetenkingen – og keiseren som ikke har klær. *Dagens Medisin* 16.9.2021.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/09/16/diagnosetenking--og-keiser-uten-klar/> Lest 26.7.2022.

Publisert: 26. september 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0386
Mottatt 25.5.2022, godkjent 26.7.2022.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. mars 2026.