
På gjensyn med bipolar lidelse og katatoni

KOMMENTAR

PER BERGSHOLM

per.bergsholm@gmail.com

Per Bergsholm er psykiater og dr. med.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

I sin kommentar til Aarre, «Farvel, men på gjensyn», skriver Malkomsen og Gardsjord [\(1\)](#): «Hadde vi ristet historiens terninger på nytt, ville vi neppe fått nøyaktig de samme diagnosene vi har i dag. Kanskje bør vi redusere antallet og kun beholde de kategoriene som mest sannsynlig ville tålt historisk reiterasjon: avhengighet, psykose, depresjon, angst, personlighetsproblematikk og utviklingsforstyrrelser.»

De har utelatt mani (inkl. hypomani, bipolare blandingstilstander og subterskeltilstander) og dermed bipolar lidelse, til tross for at mani var en av de sentrale kategoriene i den greske antikken og sykdommer forenlig med manisk-melankolsk/manisk-depressiv/bipolar lidelse har vært beskrevet fra det andre århundret e.Kr. [\(2, 3\)](#).

De har også utelatt katatoni, som i DSM-5 har fått et eget kapittel fordi det dreier seg om viktige observerbare kliniske tegn av stor behandlingsmessig betydning. Katatoni kan forekomme ved organiske lidelser, men ses oftest hos pasienter med alvorlige depressive eller bipolare forstyrrelser.

De alvorligste/psykotiske formene for mani, blandingstilstander og katatoni vil etter Malkomsen og Gardsjords gruppering måtte falle inn under «psykose». Men med psykoselidelser er det vanlig å tenke på andre varianter enn affektive psykoser [\(2, 3\)](#). Mindre alvorlige former for bipolar lidelse vil måtte plasseres under «personlighetsproblematikk», fortrinnsvis ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse, eller «utviklingsforstyrrelser» i form av ADHD [\(4\)](#).

Stemningsleie er vanskelig å vurdere både for pasient og behandler [\(2, 3\)](#), og «bipolar forstyrrelse blir ofte feildiagnostisert, noe som fører til feilaktig, inadekvat eller forsinket behandling», skriver Bauer et al [\(5\)](#), med Ole A. Andreassen ved Oslo universitetssykehus som andre medforfatter. «Tid til

diagnose varierer med debutalder, fra 16 år for barn til 12 år for tenåringer og 5 år for voksne», skriver Skjelstad ved Vestre Viken HF (4). At Malkomsen og Gardsjord ved Oslo universitetssykehus mener at bipolar lidelse ikke hører med til de kategorier som «mest sannsynlig ville tålt historisk reiterasjon», er overraskende, men i tråd med neglisjeringen av bipolar lidelse.

REFERENCES

1. Malkomsen A, Gardsjord ES. Farvel, men på gjensyn! Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 168–9. [PubMed][CrossRef]
2. Bergsholm P. Forsvinner schizofreni? Psykosediagnostikkens fallitt. Tidsskr Nor Psykol foren 2015; 52: 668–80.
3. Bergsholm P. Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses: an essay. BMC Psychiatry 2016; 16: 387. [PubMed][CrossRef]
4. Skjelstad DV. Bipolare lidelser. Forståelse og forebygging av tilbakefall. Oslo: Universitetsforlaget, 2021, s. 74 og 59.
5. Bauer M, Andreassen OA, Geddes JR et al. Areas of uncertainties and unmet needs in bipolar disorders: clinical and research perspectives. Lancet Psychiatry 2018; 5: 930–9. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 16. januar 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0795
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2026.