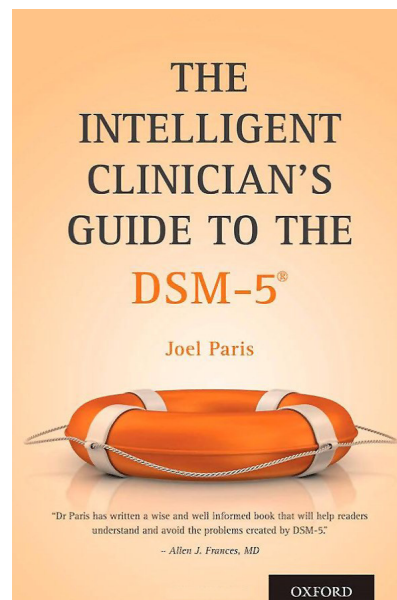


Bokanmälan
Bokanmeldelse

Joel Paris
Montreal



The Intelligent Clinician's Guide to the DSM-5

Joel Paris har författat en guide som lyfter fram styrkor och svagheter hos den nyttkomna femte upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 (2013). Författaren, som är psykiatriprofessor vid McGill University i Montreal, Canada, har följt utvecklingen av DSM genom åren. Han har lång erfarenhet av att undervisa studenter och underläkare i konsten att diagnosticera och använda DSM-systemet. Boken presenterar kloka synpunkter rörande psykiatrisk diagnos i allmänhet tillsammans med specifik kritik gällande viktiga förändringar i den nu aktuella femte upplagan av DSM.

Den första upplagan av diagnostikmanualen utgavs redan på 1950-talet av The American Psychiatric Association, APA, men DSM fick inte något tydligt genomslag inom psykiatrien förrän 1980 då den tredje, reviderade upplagan DSM-III utgavs. Denna upplaga hade ett tydligare medicinskt, det vill säga *naturvetenskapligt*, synsätt på de psykiska sjukdomarna och införde ett *algoritmiskt förfarande* för att nå fram till diagnos. Fler revisioner och upplagor har följt, men först med DSM-5 sker en större

revision med troligtvis mer avgörande konsekvenser, enligt Joel Paris.

Allmänt om Joel Paris bok

I en introduktion presenterar författaren de ämnen och problem han längre fram i boken kommer att fördjupa sig i. Han vill fokusera på tre huvudfrågor. Den första gäller förändringarna, som DSM-5 pre-

senterar jämfört med tidigare upplagor. Den andra frågan rör konsekvenserna av dessa förändringar för den kliniska praktiken. För det tredje vill Joel Paris undersöka om DSM-5 är bättre eller sämre än föregående upplagor. Detta inledningsvis. Utöver den tiosidiga introduktionen omfattar boken 230 sidor, varav 40 sidor är referenser och register. Själva texten har två större avsnitt och en avslutande mindre, sammanfattande och framåtblickande del.

I det första textavsnittet erbjuds läsaren en genomgång av diagnostiska principer med bland annat en historisk tillbakablick. Där diskuteras begrepp som psykisk sjukdom, reliabilitet, validitet, dimensionalitet, med mera. Paris går också igenom hur det går till att författa en diagnostisk manual och ger synpunkter på dess kliniska användbarhet.

I det andra avsnittet ger sig författaren in i en närmare granskning av diagnoserna, spektrum för spektrum. Boken är välskriven och inte alls så torr som jag befارade. Paris kryddar texten med citat från Aristoteles, Newton, Churchill med flera och formulerar ganska beska kommentarer. Paris är kritisk till mycket i DSM-5, som han menar utgör ett försök att inom den psykiatriska diagnostiken skapa ett paradigmskifte som det inte finns grund för. Detta försök återspeglar en förhoppning att vi skulle veta mer om de psykiska sjukdomarna än vi faktiskt gör. Men Paris menar att psykiatrin ligger hundra år efter den somatiska sjukvården vad beträffar kunskapen om sjukdomarnas etiologi och fysiologiska mekanismer. Psykiatern förfogar därför över väldigt få biologiska markörer och laboratorieprov till hjälp för diagnostiken. DSM-5 kan beklagligtvis få oss att tro att diagnoserna som presenteras utgör "verkliga sjukdomar", menar Paris, med åtföljande risk för både stigmatisering och överbehandling. Paris hävdar ändå att *det finns verkliga psykiska sjukdomar*.

AVSNITT I

Här följer i sammandrag, under sju rubriker, vad Joel Paris diskuterar i bokens första del.

Om diagnostikmanualer

Världshälsoorganisationen, WHO, sponsrar utgivandet av "The International Classification of Diseases", ICD, som nu föreligger i sin 10:e upplaga, ICD-10. Den elfte lär komma inom kort. ICD, som ursprungligen var en lista över dödsorsaker, är nu en förteckning över såväl kroppsliga som psykiska sjukdomar där de psykiska diagnoserna upptar ett eget kapitel. Detta kapitel infördes för första gången 1949 (ICD-6), att jämföra med DSM som presenterades på 1950-talet. DSM-5, liksom föregående upplagor, är en manual för psykiatrisk diagnostik baserad på patientens iakttagbara sjukdomstecken och självrapporterade symtom. DSM-systemet innebär att man når fram till patientens diagnos via en *algoritm*. Manualen presenterar för varje diagnos ett antal tänkbara symtom eller kriterier, varav ett visst antal måste vara uppfyllda för diagnosen, som alltså blir en *syndromdiagnos*. Detta kan jämföras med ICD-systemets modell, där varje sjukdomskategori beskrivs i form av en *prototyp* som psykiatern förväntas undersöka om patienten motsvarar. Joel Paris påpekar att DSM-systemets algoritmiska modell, som introducerades med den tredje upplagan DSM-III 1980, är modernare och för vetenskapen mer användbart. Å andra sidan är det mer naturligt och näraliggande för oss att tänka i kategorier och prototyper, menar Paris. Flera gånger i boken återkommer han till att DSM-systemets algoritmiska uppbyggnad blir ett problem för användbarheten i *den kliniska vardagen*. De psykiatriska diagnoserna i ICD och DSM är

numera väsentligen jämförbara. Det innebär att en diagnos med ett specifikt diagnosnummer i det ena systemet kan översättas till en diagnos och motsvarande diagnosnummer i det andra.

Om DSM-5

DSM-5 är i princip teorilös, påpekar professor Paris. Men en underliggande tanke hos manualeskonstruktörerna är att de psykiska sjukdomarna har en tydlig motsvarighet i en biologisk, kemisk eller strukturell förändring i patientens hjärna. Joel Paris konstaterar att de löftesrika fynden inom neurovetenskapen, trots allt, ännu inte lyckats förklara vad som egentligen ligger bakom mental ohälsa, förutom att man funnit vissa ärftliga samband. Idén att en "förvriden tanke" skulle motsvaras av en "förvriden molekyl" menar författaren vara en alltför reducerad syn på de psykiska sjukdomarnas etiologi och patogenes. Psykoanalytiska synsätt, som hade ett visst inflytande i de två första upplagorna av DSM, är nu uttraderade.

En annan grundtanke i manualen, som Paris ägnar kritik, är det *dimensionella* synsättet på psykiska symtom, det vill säga att de "sjuka" symtomen bara är en högre eller lägre *grad* av någonting normalt förekommande. Han instämmer således inte i att psykopatologi betingas av en gradskillnad utan framhåller det *kvalitativt* annorlunda hos den *verkligt sjuka* individen. Det som är förtjänstfullt med DSM är att man vinner en ökad reliabilitet inom diagnostiken, det vill säga bättre överensstämmelse mellan oberoende bedömare. Detta är i huvudsak till förmån för psykiatrisk forskning och kommunikation, men även till nytta vid utarbetande av behandlingsriktlinjer i vissa fall. Professor Paris påminner oss om att reliabilitet och validitet dock inte är samma sak.

DSM-5 och föregångarna ger inget svar på vad de psykiska sjukdomarna egentligen är och hur de uppkommer och härvidlag får psykiatrin finna sig i att tills vidare spela rollen av medicinens "Askunge". Övriga medicinska discipliner, det vill säga de somatiska verksamheterna, har kommit mycket längre i kartläggningen av sjukdomarnas etiologi och patogenes. Man känner således till avsevärt mycket mer om kroppssjukdomars orsaker, mekanismer och förlopp. Därför finns åtskilliga mätbara biologiska och fysikaliska markörer till stöd för kroppsläkarens bedömning. Somatiken har dock *inte alltid* vetenskapligt välunderbyggda kriterier för sina diagnoser, påpekar professorn, möjligen till tröst för den som ägnat sitt yrkesliv åt psykiatrin.

Hur man mår på en skala

DSM i senare upplagor har, som nämnts ovan, infört ett dimensionellt synsätt på psykiska symtom, det vill säga att symtom som vi alla kan uppleva får *sjukdomsdimension* om de har omfattning eller intensitet över en viss nivå eller "cut-off". Detta medför att man med hjälp av välkonstruerade *skalor* kan *mäta* hur patienten mår, till ledning för behandling och utvärdering. Tanken är att skapa en mätbarhet. Fysikern Lord Kelvin (professor från 1800-talet, mannen bakom den termodynamiska temperaturskalan) citeras: "...when you can measure what you are speaking about, and express it in numbers, you know something about it".

Problemet är enligt Paris att "cut-off" är en godtycklig avgränsning, även om den grundar sig på konsensus inom expertgruppen. Ytterligare ett problem är att vi fortfarande inte har någon "psykisk blodtrycksmanschett" att sätta på patienten. Så det vi mäter med våra skalor är ju inget annat

än det som patienten rapporterar om sina symtom och de tecken som omgivningen eller vi som behandlare eventuellt kan observera. Detta är inte vad man kan kalla "vetenskapliga fakta", säger Paris, som beklagar att DSM-5 kan förleda oss att tro det. Dessutom bidrar synsättet till avgränsningsproblem mot normalitet.

Övermedikalisering och övermedicinering

Joel Paris förfäktar åsikten att psykiatern borde ägna sina krafter åt verkliga psykiska sjukdomar och beklagar att DSM-5, tvärtemot det önskvärda, vidgar psykiaterns verksamhetsfält genom att öka antalet diagnoser. I det avseendet skiljer sig inte DSM-5 från tidigare upplagor, som även de ständigt ökade i sidomfång och diagnosantal. Detta innebär en risk för *övermedikalisering* men även att manualen blir otyplig och därför kanske inte kommer till användning (DSM-5 omfattar c:a 1000 sidor, har måtten 251 x 178 x 35 mm och väger 510 gram på min hushållsvåg). Vi behöver nämligen en diagnosmanual, påpekar Paris.

Problemet med övermedikalisering exemplifierar Paris med de undersökningar som återkommande visar att stora grupper av människor går omkring med *psykiska symtom* obehandlade. Många av dessa symtom signalerar egentligen inte sjukdom utan snarare reaktioner på livets påfrestningar. DSM-5 har i sin nuvarande omfattning inte blivit en lista över de psykiska sjukdomarna utan en förteckning över *själva livet*, menar professorn.

Övermedikalisering, det vill säga att ett överdrivet antal psykiska och psykologiska fenomen definieras som *sjukdom*, kan lätt leda till *övermedicinering*, konstaterar Paris. Det blir för stor förbrukning av psykofarmaka i samhället, då psykiatern gärna tar till receptblocket i sitt försök att hjälpa mänskligheten.

Hur manualen blev till

Den tjocka DSM-5 är förstås inte en enda mans eller kvinnas verk. Precis som vid utarbetandet av föregående DSM-upplagor, så har arbetet överblickats och sammanställts av en huvudredaktör, eller ordförande ("Chair"). Just DSM-5 har haft två personer i toppen, nämligen ordförande David J. Kupfer, psykiater med förstämningssjukdomar som specialitet och vice ordförande Darrel A. Regier, som är epidemiolog. Under dessa båda har ett trettiotal forskare och kliniskt verksamma ingått i "centralstaben". Därtill har det funnits en forskningsgrupp från APA (American Psychiatric Association) med sjutton medlemmar. Vidare har tretton arbetsgrupper tagit sig an var sin diagnosgrupp (ungefär desamma som återkommer i diagnoskapiteln i den färdiga DSM-boken). Sex studiegrupper har arbetat med mer övergripande frågor, till exempel "könsfrågor och interkulturella problem", "gränssnitt psykiatri/övrig medicin", etcetera. En grupp har varit DSM-5-forskningsgrupp och en annan har arbetat med specifikationer (bestämningar rörande sjukdomars förlopp med mera) och ordlistor. Sammantaget namnges inledningsvis i DSM-5 över tvåhundra femtio medarbetare. Paris påpekar att de båda ordförandena Kupfer och Regier är utmärkta forskare och personer. Detsamma anser han om övriga medarbetare, men med tillägget att påfallande många av dem är utpräglade forskare och har eller har haft mindre klinisk erfarenhet ("do not... see a large number of patients"). De har "levt skyddade från en rå klinisk verklighet".

Detta förklarar, menar Paris, det teoretiska anslaget och det "förment vetenskapliga" som präglar hela boken. Det har också stormat en hel del kring arbetsgruppen och den har varit utsatt för tung kritik, inte bara av Paris själv utan av många andra prominenta och kunniga psykiatrer. Allen Frances, som var huvudredaktör för DSM-IV, är en

av dessa många kritiker som Joel Paris erkänner sig ha tagit stort intryck av. Såväl Allen Frances som David Kupfer och Darrel Regier finns för övrigt av-fotograferade i Joel Paris bok tillsammans med en del andra framstående psykiatrer genom tiderna. Där kan man se hur Emil Kraepelin såg ut i sina bästa år liksom autismpionjären Leo Kanner och demensforskaren Alois Alzheimer (som vi inte har glömt, än). En allvarlig del av kritiken mot DSM-staben består i att den har varit väldigt sluten, till skillnad mot tidigare arbetande DSM-staber som förde en öppen dialog med kollegor utanför gruppen. Paris anser även att gruppen har bestått av alltför många likasinnade, det vill säga medlemmar som har instämt i de grundtankar som präglar DSM-5 och dess strävan till paradigmskifte.

Tjockare och tjockare

Joel Paris förklarar DSM-manualens successiva tillväxt med att varje initiativ till en ny reviderad upplaga leder till att arbetsgruppen blir anstormad av forskare med förslag på nya diagnoser. Man vill framhålla sina egna rön. Listan i DSM-IV omfattade redan 297 diagnoser och nu har de blivit fler. Läkemedelsindustrin har också ett stort intresse av att fler diagnoser blir listade, påpekar Paris, trots att det ju inte finns något som säger att varje diagnos skall medicineras. Han diskuterar kritiskt i vilken omfattning DSM-arbetsgruppens medlemmar har kunnat hålla sig neutrala gentemot läkemedelsindustrin eller mot skilda lobbygrupper som patientföreningar, till exempel. Paris menar att en bidragande förklaring till de många diagnoserna är att den moderna klinikern faktiskt ofta behandlar patienter som egentligen inte är psykiskt sjuka, utan har livsproblem. Alla som söker hjälp har inte tunga diagnoser, men om doktorn ska kunna begära betalning för sin insats må han ställa en befintlig

diagnos. Paris är emellertid bekymrad över att en diagnos i allmänhet kommer att uppfattas som en sjukdom, vilket ju inte är sant. DSM-5 har vidgat psykiatrins domäner, menar Paris, och detta är allvarligt då det finns en viss stigmatisering förknippad med de psykiatriska diagnoserna. Professorn konstaterar, uppenbarligen med viss lättnad, att det kunde blivit ännu värre om förslaget om "relational disorders" (ungefär "relationsproblem") hade antagits. Då hade nog prevalensen av psykiska sjukdomar skjutit i höjden på ett skrämmande vis.

Den nya manualens uppbyggnad. Barndiagnosernas plats

En viktig förändring som DSM-arbetsgruppen genomfört är slopandet av det fem-axlade diagnos-systemet. Där utgjorde axel I den psykiatriska diagnosen, axel II eventuell personlighetsstörning, axel III eventuell somatisk sjukdom och axel IV socioekonomiska faktorer. Axen V beskrev sammantagen funktionsnivå.

Detta system är nu övergivet, vilket bland annat betyder att personlighetsstörningarna jämföras med andra psykiatriska diagnoser och patientens funktionsnivå vägs in i diagnosen. DSM-5 skiljer *inte* ut psykiska sjukdomar och tillstånd som vanligen har sin debut i barndomen till ett *särskilt* kapitel, så som tidigare DSM-upplagor gjort. I detta var DSM-staben möjligen påverkade av den välkände barnpsykiatern Michael Rutter, som i en artikel i *Journal of Child Psychology and Psychiatry* gav ett antal rekommendationer för hur DSM-5 och ICD 11 (WHO:s diagnossystem) borde utformas. Rekommendationerna återges i Paris bok och författaren finner där stöd för flera av sina egna tankar. De båda professorerna är eniga om att manualen tar upp för många diagnoser, med den därav ökade risken för komorbiditet eller samsjuklighet. Patienten

kan ofta presentera en symtomflora som överensstämmer med flera diagnoser. Såväl Rutter som Paris anser dessutom att man, för ökad användbarhet, borde skapat en klassifikation för forskning och en för klinisk verksamhet.

AVSNITT II Diagnosgrupperna

Efter det allmänna avsnittet granskar Joel Paris de diagnosgrupper som presenteras i DSM-5. Han ger psykoserna, depressionerna och personlighetsstörningarna särskilt stort utrymme. Jag väljer att endast ge några exempel på den specifika kritik, som framförs i den här delen av boken.

Psykoserna

Beträffande psykoserna konstateras att det är en heterogen samling diagnoser. Där återfinns naturligtvis den tunga diagnosen schizofreni som trots dess "medicinska karaktär" ändå inte är lättdiagnostiserad. Författaren framhåller hur *olika* sjukdomen gestaltar sig hos olika patienter.

Uppdelningen av de tunga psykoserna i schizofreni (tidigare kallat Dementia praecox) och manodepressiv psykos har behållits i DSM-5, trots att det biovetenskapligt finns mycket som tyder på att de inte är så skilda som man trott. Modern genforskning visar att manodepressiva och schizofrena patienter har en hel del sjukdomsbestämmande genmaterial gemensamt. I familje- och tvillingstudier förekommer schizofreni och manisk/depressiv sjukdom parallellt hos närbesläktade.

Troligen är det inte sjukdomsgener man funnit utan markörer för *sjukdomsvulnerabilitet*. Men ändå behåller DSM-5 uppdelningen av praktiska skäl, som handlar om behandlingsval. Manodepressiva

patienter kan, liksom de schizofrena, behandlas med psykosmediciner, men har dessutom särskild nytta av stämningsstabiliserande medel, huvudsakligen litiumsalter. Dessa läkemedel har den schizofrene mindre nytta av.

Paris är nöjd med hur DSM-5 klassificerar dessa tunga psykos, men mindre nöjd med en del andra mer lättviktiga diagnoser. Missnöjet grundar sig till stor del på risken för övermedicinering av lättare psykos, som i sig kan ha ett övergående förlopp. Många förfäktar att man ska behandla tidigt när man finner patienter med *prodromalsymtom*, men Paris menar att man inte har vetenskaplig grund för detta. Således får många patienter, möjligtvis i onödan, tung psykosmedicinering med risk för både akuta och sena biverkningar, enligt författaren.

Bipolära sjukdomar och modeflugor

Begreppet *bipolaritet* föreslogs på 1970-talet och har kommit att ersätta den äldre benämningen *manodepressivitet*. Diagnosen Bipolär-I får den patient, som någon gång i livet haft en äkta manisk episod, till skillnad från patienter med hypoman stämningsförskjutning. Dessa betecknas bipolär-II, det vill säga om patienten *även* uppvisat depressiv förstämning. Depressiv fas är däremot inget nödvändigt rekvisit för diagnosen bipolär-I. De *unipolära* sjukdomarna omfattar tillstånd med depression utan maniska eller hypomana faser. Paris understryker att bipolär-I-diagnosen med "klassiska maniska episoder" är en av de bäst definierade diagnoserna i DSM-manualen. Men trots detta finns där avgränsningsproblem.

Paris uttrycker oro för den, enligt honom, florerande överdiagnostiken av bipolaritet. Han påpekar visserligen att manodepressivitet för ett halv-

sekel sedan istället var underdiagnosticerad. Vad man tidigare bedömt som "kataton excitation" kunde i vissa fall omvärderas som "mani". Manikerns ibland förekommande psykotiska symtom, till exempel upplevelse av tankepåsättning eller tankeutbredning, hade man uppfattat som ett uttryck för schizofreni. Det var upptäckten av grundämnet litiums goda effekt på mani som ledde till att man omprövade vissa schizofrena patienters diagnoser, när man fann att de fick symtomreduktion av litium. Detta ser professor Paris som ett framsteg, men det är senare tiders utvidgning av begreppet bipolaritet, alltifrån bipolär-II till bipolär-UNS, som oroar honom.

Redan Emil Kraepelin (tysk psykiater, 1856–1926, professor och föregångsman inom psykiatrisk diagnostik, som beskrev Dementia praecox och manodepressiv psykos) tänkte sig att mildare former av mani borde förekomma, men han skulle nog blivit förvånad om han hade träffat läkare som diagnosticerar 5–10 % av allmänheten som bipolär, menar Paris. Tendensen att betrakta personlighetsstörningar, affektiva störningar och impuls kontrollstörningar som "bipolära" har brett ut sig hastigt, anser Paris. Han utnämner några psykiater och forskare till ledare för "the bipolar spectrum movement".

Enligt professorn hävdar dessa "bipolära imperialister" att 40 % av alla psykiatriska patienter lider av bipolaritet. Traditionellt har man ansett att bipolär störning debuterar tidigast i och med puberteten, men även i tonåren sammanblandas diagnosen med exempelvis personlighetsstörning i vissa fall, menar Paris. Han framhåller att det är en inflytelserik men kontroversiell idé, att mani kan debutera före puberteten. Paris citerar några författare som jämför pediatrik bipolaritet med en "modefluga".

Depression och nedstämdhet

I kapitlet om depressioner, "Depressive Disorders", konstaterar Joel Paris först att "nästan alla har erfarenhet av nedstämdhet"... "därför måste vi kritiskt granska gränserna för depressionssjukdomarna". Vidare: "Är depression alltid en sjukdom i sig, eller kan det vara ett symtom på en annan sjukdom?" Problemet för DSM-5 var huruvida man skulle definiera depression snävt eller expansivt, menar Paris. Han påminner om att ända sedan Hippokrates tid har man betraktat melankoli som en sjukdom. Förr såg psykiater denna kliniska bild som något kvalitativt skilt från mildare former av depression. Melankoli varar veckor till månader, under vilken tid patienten lider av misströstan, irritabilitet och rastlöshet åtföljt av förlängsammade mentala processer, motorisk hämning, aptitlöshet, sömnstörning och påträngande suicidtankar. Stämningsförskjutningen är inte rimlig i förhållande till livssituation eller yttre faktorer och patienten kan uppvisa svår kognitiv störning, uttalade kroppsliga symtom och psykotiska fenomen. Detta är väsensskilt från "alldagliga" depressioner, menar Paris. Han vidhåller att "depression kan vara ett symtom, ett syndrom eller en sjukdom". Idén att depression är ett och samma tillstånd som varierar enbart avseende svårighetsgraden, har fördunklat dessa viktiga distinktioner, menar Paris och uttalar därmed kritik mot grundtanken i DSM-5. Han tar upp att färiska populationsstudier visar att 80 % av befolkningen kommer att drabbas av en "major depressive disorder" under sin levnad. Ja, siffran kan stiga till 100 % med DSM:s otydliga gränsdragning mot normala reaktioner som sorg, till exempel. Problemet är således "diagnostisk inflation", menar Paris. Vissa bedömare vill dock se de höga siffrorna som ett uttryck för att depression är "psykiatrins förkylning". Här framhåller förfat-

taren att det också kan handla om att den gällande definitionen av depression är alltför vid och inte lyckas skilja på psykisk sjukdom och reaktioner på livsproblem. Uppdelningen av depressioner i "psykotiska" och "neurotiska" i DSM-I och DSM-II var ett försök att skilja de sjukdomspräglade "endogena" depressionerna från de lättare "reaktiva". Denna uppdelning har dock inte visat sig hållbar, då senare tiders forskning pekar på att situationen är mer komplex. Kvar står emellertid frågan, menar Paris, om depression är *en* sjukdom eller flera.

Enhetsteorin och hur man räknar ihop symtom till en diagnos

År 1973 publicerade två författare, Akiskal och McKinney, förslaget att depressionerna utgör ett kontinuum, där skillnader endast bestäms av allvarlighetsgraden, alltså en slags enhetsidé. Denna tanke togs upp i 1980-talets DSM-III och har härskat sedan dess. En "major depressive episode" (författaren använder här själv citattecken) diagnosticeras om patienten uppvisar fem av nio uppräknade kriterier under loppet av minst två veckor. Svåra fall kan undergrupperas som "psykotiska" eller "melankoliska". Paris menar att även om denna "enhetsteori" nu blivit en överenskommen kunskap ("conventional wisdom"), så utmanas den av det faktum att melankoli skiljer sig från "alldaglig" nedstämdhet. Han anser att antagandet att dessa företeelser utgör grader av samma sjukdom kan ifrågasättas.

Den andra invändningen mot den aktuella teorin är att den inte skiljer psykopatologi från normal ledsenhet. DSM-definitionen är så vid, påpekar Paris, att man svårligen kan tänka sig någon som inte har motsvarat kriterierna någon gång i livet. Den alltför korta tidsskalan är den viktigaste källan till överdiagnostik, skriver Paris. Mot bakgrund av att

de flesta milda depressioner normaliseras snabbt skulle en "cut-off" på fyra eller sex veckor erbjuda en högre grad av validitet, påpekar han.

En tredje fråga, skriver Paris, är hur omfattande eller svår ("how major") en "major depression" är. Det krävs fem kriterier av nio för en depressionsdiagnos, men ingen vet var talet "fem" kom ifrån. Till yttermera visso kan diagnosen ställas på fem av de mildare symtomen i listan, symtom som många med övergående stressbetingade tillstånd kan uppvisa. Paris hade hellre sett att fler än fem kriterier krävdes för diagnos och att man hade utarbetat ett antal *obligatoriska* kriterier, med tilläggs-kriterier. Han konstaterar att nu krävs endast de obligatoriska kriterierna nedstämdhet *eller* förlust av intresse, vartill man alltså kan addera ytterligare fyra valfria kriterier för uppfyllande av diagnosens krav – ungefär som man komponerar sin måltid ur menyn på en kinesisk restaurang.

En fjärde kritisk anmärkning handlar om att psykiatrer inte kan hantera så många som nio eller fler kriterier i minnet vid ställande av diagnos. Alltså blir det att man tar fasta på några få kriterier. Om man betänker att det i DSM-5 handlar om hundratals diagnoser som alla beskrivs med 5–10 olika symtom varav 3–7 ska vara uppfyllda för diagnos och att det dessutom finns specifikationer att lägga till innan man kommer fram till "slutsiffran" – ja, då förstår man Paris kritik rörande manualens kliniska användbarhet. I den "råa verkligheten" på akutmottagningen måste psykiatern *snabbt* uppfatta vad för slags problem han eller hon möter. Paris framhåller på flera platser i "guiden" att vi människor tänker och uppfattar i *kategorier*, det vill säga att vi uppfattar helheter. Den tränade kliniker *känner igen* olika *typer* av psykiska störningar. Det naturliga tillvägagångssättet vid mötet med patienten är inte att *räkna symtom* utan att ta in *en hel gestalt*, menar Paris.

Sorg och nedstämdhet vid dödsfall och andra förluster

Paris frågar om diagnosen "depression" ska ställas när det föreligger en livssituation eller stressfaktorer som skulle göra vem som helst olycklig. Skilsmässa och arbetslöshet kan framkalla liknande symtom som vid sorg vid dödsfall, påpekar Paris och ställer frågan: "Varför då inte utvidga exklusionskriterierna, så att det blir erkänt att *svåra förluster av olika slag* kan leda till övergående depressiva symtom?" Emellertid har DSM-5 rört sig i motsatt riktning, menar Paris, åtminstone initialt, då man ville slopa undantaget för sorg, men efter diverse expertprotester och diskussioner har man avstått. Nu varnas därför i DSM-5 för att diagnosticera depression, även vid långvariga tillstånd, om sorg förklarar symtomen bättre. (På sidan 161 i DSM-5 finns en fotnot som koncist sammanfattar väsentliga kvalitativa skillnader mellan sorg och depression.) Hade man inte undantagit sorg från depressionsdiagnosen så skulle många fler blivit behandlade för depression, konstaterar Paris. Men å andra sidan (här anas en suck) så har detta nog redan skett. Många tar antidepressiva medel utan rätt diagnos, nuförtiden. Han menar att det vore ett mindre problem att ställa diagnosen depression även i mindre allvarliga fall, om detta ledde till adekvata råd eller terapeutiska samtal, men istället får många patienter recept på antidepressiva medel som i dessa fall inte är bättre än placebo. Och har patienten börjat ta antidepressiva medel vågar doktorn inte avbryta behandlingen på grund av rädsla för återfall. Färska data, skriver Paris, har visat att 11 % av USA:s invånare över 12 år tar antidepressiva mediciner. Psykiatri och primärvård har börjat betrakta ledsenhet som en psykisk sjukdom, menar professorn.

Övriga kapitel och diagnosgrupper

Paris fortsätter i sin bok att, kapitel för kapitel, gå igenom de olika sjukdomsgrupperna i DSM-5. Kritiken som drabbar dessa avsnitt är väsentligen densamma som författaren redan framfört i den första delen av boken, men fördjupad och förtydligad.

Stöd för DSM-5, trots allt. Även Paris är nöjd med ett och annat

Trots alla kritiska synpunkter framhåller Joel Paris att han stödjer DSM-konceptet i stort. Han är glad åt att personlighetsstörningarna lyfts upp på jämställd nivå med övriga diagnoser. Det borde ge den stora gruppen personlighetsstörda bättre förutsättningar att få adekvat behandling, menar han. Huruvida DSM-5 kommer att medföra någon förändring i praktiken för den stora gruppen personlighetsstörda patienter återstår att se. Det finns så många andra anledningar att felbehandla eller ignorera dem, konstaterar professorn, kanske en smula bittert. De psykiska sjukdomar som debuterar i barndom och pubertet har nu inget eget kapitel och detta finner Paris logiskt, då vissa störningar ju uppträder i alla åldrar. Han hade dock önskat lite mer av ödmjukhet inför psykiatrins faktiska kunskapsläge och att man hade företagit smärre justeringar, istället för att satsa på ett ogrundat paradigmskifte. Ändå gör DSM-5 ett nobelt försök att skapa en klassifikation över de psykiska sjukdomarna, anser Paris, ehuru vi måste spana mot framtiden för att finna den kunskap som skulle möjliggöra en evidensbaserad diagnoslista. I en slutkläm travesteras Winston Churchills bevingade kommentar om demokrati. Joel Paris konstaterar således att tillsvidare kvarstår DSM-5 som "det värsta tänkbara diagnossystemet – bortsett från alla andra hittills uppfunna".

Till sist

Joel Paris bok "The Intelligent Clinician's Guide to the DSM-5" är både bitsk och underhållande utan att förlora sin allvarliga och engagerade ton. Den framför kloka synpunkter på psykiatriskt diagnostiserande i allmänhet och DSM-5-manualens brister och förtjänster i synnerhet. Boken kan varmt rekommenderas till läsning för var och en som använder DSM. Den pläderar för ödmjukhet inför vår ofullkomliga kunskap om det mänskliga psyket och varnar psykiatern för att alltför ohämmat diagnosticera och medicinera psykiska besvär. Joel Paris hävdar att doktorer borde ägna sina krafter åt att hjälpa de svårast sjuka och undvika att bidra till en medikalisering av allehanda reaktioner på livsproblem. Författaren uttrycker oro över att "alla" läser DSM och att många uppfattar den som "Psykiatrins Bibel". Guiden presenterar en intelligent vägledning till den bibliskt tunga DSM-5 och varnar samtidigt för överdriven bokstavstro: "Learn it but don't believe in it!" Joel Paris bok har ett omslag med en bild av en livboj, en så kallad frälsarkrans. En sådan kan ju behövas om man drunknar bland diagnoserna. Om den kan bära ända till frälsning är frågan.

Chester Larsson

leg läkare, leg psykoterapeut
Stockholm

o.hester@hotmail.com

Referenser

- Joel Paris
The Intelligent Clinician's Guide to the DSM-5
(2013) New York: Oxford University Press
ISBN: 9780199738175
Antal sidor 232
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- WHO. (1979). *ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th rev.* Svensk version. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Michael Rutter, M. (2011). Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Frances, A. (2009a). Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times Feb 11*.
- Frances, A. (2009b). A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences. *Psychiatric Times July 15*.
- Leonard, K. (1979). *The Classification of Endogenous Psychoses, 5th ed.* Translated by R. Berman. New York: Ervington.
- Akiskal, H.S., & McKinney, W.T.Jr. (1973). Depressive disorders: toward a unified hypothesis. *Science* 182:20-29
- Zimmerman, M., & Galione, J. (2010). Psychiatrists' and non psychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV Criteria for major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 71:235-238.
- Lane, C. (2007). *Shyness*. New Haven, CT: Yale University Press