
Psykiatrisk diagnostikk kan forbedres, men ikke forkastes

KOMMENTAR

ULRIK MALT

u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Malt er professor emeritus, Medfak, Universitetet i Oslo.

Forfatteren oppgir følgende interessekonflikt: Malt var involvert i utarbeidelsen av ICD-10 og har i mange år holdt kurs i psykiatrisk diagnostikk og differensialdiagnostikk.

ICD-10 klassifikasjonen av somatiske (legemlige) sykdommer følger dels et «etiologisk fysiologisk prinsipp», dels et «organprinsipp». Der man ikke har sikre markører, bruker man rene symptombeskrivelser (kapittel R). Psykiatriske diagnoser klassifiseres i prinsippet på samme måte. Kapitlene F0, F1, F7 og F8 omhandler lidelser som primært er forårsaket av organiske lidelser, psykoaktive stoffer, psykisk utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser (1). Når Aarre mener at dagens psykiatriske diagnoser mangler validitet og derfor er uegnet som utgangspunkt for behandling (2), antar jeg at det er gruppen F2-F6 han sikter til.

Men selv om dagens kriteriebaserte diagnostikk for F2-F6-diagnoser på samme måte som for somatiske diagnoser både er påvirket av vår tids vitenskapsfilosofiske paradigmer, med de begrensninger det innebærer (3) og har en slagside mot å sikre høy pålitelighet, er det ikke riktig at validitet er fraværende. Det er f.eks. vesentlige kliniske forskjeller i både symptomatologi og forløp mellom bipolare lidelser og kjernegruppen av schizofreni. ADHD er forskjellig fra anoreksi og så videre. Det er også nevrobiologiske og psykometriske forskjeller, f.eks. mellom ustabil personlighetsforstyrrelse og bipolar 2 lidelse (4). Disse forskjellene har også betydning for valg av behandling.

Hovedproblemet i dagens psykiatri er ikke diagnoser per se, men utilstrekkelig kunnskap om psykiatrisk fenomenologi og nevropsykiatriske differensialdiagnoser blant de som stiller diagnoser (5, 6). Det hele forsterkes ved innføringen av elektroniske diagnoseverktøy som kun dekker en brøkdel av de diagnoser som er aktuelle. Det er skremmende svak faglighet når manglende «funn» ved bruk av f.eks.

MINI-nevropsykiatrisk intervju eller SCID tolkes som at det ikke foreligger en psykisk lidelse. Dagens elektroniske intervjuer opererer dessuten med kategoriske diagnoser. Subterskeldiagnostikk er ikke lenger noen mulighet.

En psykiatrisk diagnose forstås best som en grovkategorisering av en pasients symptomer og plager. Den kan gi en pekepinn om type behandling, men vil alene sjelden være tilstrekkelig som eneste grunnlag for å iverksette en behandling. Ved å fjerne psykiatrisk diagnostikk legger man opp til diagnostisk tombola (6). Det vil være en ulykke for pasientene og en fallitterklæring for psykiatrien.

REFERENCES

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
2. Aarre TF. Eit farvel til psykiatrisk diagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0386. [PubMed][CrossRef]
3. Malt UF. Philosophy of science and DSM-III. Philosophical, idea-historical and sociological perspectives on diagnoses. Acta Psychiatr Scand Suppl 1986; 328: 10–7. [PubMed][CrossRef]
4. Bøen E, Hummelen B, Boye B et al. Borderline patients have difficulties describing feelings; bipolar II patients describe difficult feelings. An alexithymia study. Acta Psychiatr Scand 2020; 142: 203–14. [PubMed][CrossRef]
5. Malt UF. Undersøkelsesverktøy i norsk psykiatri. Tidsskr Nor Legeforen. <https://tidsskriftet.no/2022/06/kommentar/undersokelsesverktoy-i-norsk-psykiatri#comment-2597> Lest 17.10.2022.
6. Malt UF. Psykiatrisk diagnostikk - kunnskapsløs tombola? Nasjonal kompetansetjeneste ROP. <https://www.youtube.com/watch?v=l7MNDG4fdLg> Lest 17.10.2022.

Publisert: 12. desember 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0741

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.