

Psykiske lidelser er atferd

Børge Holden

Habiliteringstjenesten i Hedmark, Sykehuset Innlandet HF

Resymé

Det er vanlig å kategorisere, eller diagnostisere, problematisk atferd som psykiske lidelser. Artikkelen argumenterer for at diagnostisering kan være en nyttig kategorisering av atferd. Atferdsanalytikere bør drive med det, av hensyn til kontakt med andre fagfolk og for å gjøre atferdsanalyse mer kjent. Noen oppfatter imidlertid en psykisk lidelse som noe mer enn den atferden som er grunnlaget for å diagnostisere den, og har overdrevne forventninger til verdien av psykiatrisk diagnostikk. Å oppfatte psykiske lidelser bokstavelig og som noe ved siden av atferd framstilles som en misforståelse. Formålet med artikkelen er å stille psykiske lidelser i et realistisk lys. Artikkelen går gjennom hva psykiske lidelser innebærer, fra mange vinkler.

Stikkord: Psykiske lidelser; Diagnoser; Kategorier; Atferd; Atferdsanalyse

Innledning

Folk som arbeider innenfor behandling og omsorg møter ofte problematisk atferd hos klienter og brukere. Det kan være psykotisk atferd, angst, unngåelse, selvskading, vold og aggresjon, for å nevne noe. Det går an å beskrive slike problemer på ulike måter. Jeg skal nevne to hovedformer: (1) En kan beskrive det rett og slett som problematisk atferd, og (2) en kan beskrive det som en psykisk lidelse, som i norsk faglitteratur og fagspråk er den mest brukte betegnelsen for alt som omfattes av psykiatriske diagnoser i henhold til et diagnoseverk som ICD-10 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Førstnevnte variant er forenlig med å diagnostisere atferd som en psykisk lidelse, det vil si å kategorisere atferden, mens sistnevnte variant er enda nærmere knyttet til psykiatrisk diagnostikk. Det er altså ingen nødvendig motsetning mellom å fokusere på atferd og å fokusere på psykiske lidelser. Motsetning snakker vi om først dersom vi avviser at psykiatrisk diagnostikk overhode har verdi, eller mener at den er mer skadelig enn nyttig (se for eksempel Larsen, 2004).

Likevel oppfattes atferd og psykiske lidelser ofte som forskjellige fra hverandre. Når folk snakker om problematisk atferd hører vi ofte spørsmålene: "Er det atferd *eller* psykiatri?" eller "er det problematisk atferd *eller* en psykisk lidelse?". Noen kan mene at det er en "psykisk lidelse og ikke bare atferd", og at et atferdsproblem kan *skyldes* en psykisk lidelse. Alt dette indikerer at atferd og

psykiske lidelser ikke oppfattes som det samme. Oppfatningen går ikke minst ut på at psykiske lidelser er noe i tillegg til atferd. En ser atferden, men ”det er noe mer”. Et skille mellom atferd og en psykisk lidelse begrunnes imidlertid sjelden. Heller ikke i faglitteratur er det vanlig å drøfte dette, og faglitteratur er liten motvekt mot inntrykket av psykiske lidelser som noe annet enn atferd (se bl.a Bakken et al., 2004). Uansett kan et fokus på psykiske lidelser generelt og diagnoser spesielt ha følger for tilnærming til behandling:

1. Å oppfatte psykiske lidelser som noe annet enn atferd kan innebære en *reifisering*, det vil si en tingliggjøring: Lidelsen oppfattes som noe som ”ligger bak” problematisk atferd. I den grad dette oppfattes som noen relativt enhetlig, bidrar det til *essensialisering*: Kategorien som atferden tilhører får fastlagte egenskaper og en fokuserer mer på generelle egenskaper ved kategorien enn på hva som gjelder for individet. Diagnosen blir en Procrustes’ seng. I neste omgang kan en anse atferden som forklart, og motivasjon for å analysere årsaker til atferden kan avta (Hove & Holden, 2006). Dermed kan en gå glipp av informasjon om årsaker til atferden som kan være nyttig for å utforme behandling.

2. Diagnoser kan medføre vektlegging av generelle miljøbaserte tiltak med utgangspunkt i diagnose. Dette bygger gjerne på mer eller mindre klare sammenhenger mellom diagnose og behandling. Diagnose er også et faglig krav for å forskrive psykotrop medikasjon (Kalachnik et al., 1998), og øker dermed sjansen for medikasjon, selv om medikasjon ofte forskrives uten diagnose (Holden & Gitlesen, 2004a).

Dette er *mulige* følger av å oppfatte atferd som psykiske lidelser. Jeg understreker at det også kan være fordeler med å diagnostisere psykiske lidelser: For det første kan medikasjon indikert av diagnose være riktig, hvis den forskrives når somatiske og miljø- og læringsmessige årsaker er undersøkt og behandling basert på dette er forsøkt eller vurdert (se bl.a. Pyles, Muniz, Cade & Silva, 1997). Ellers kan medikamenter være en lettvinnt løsning (se Holden & Gitlesen, 2004a). For det andre kan det være riktig å tenke ut fra diagnose i tidlige faser av miljøbasert behandling, bare en ikke utelukker individuelle tilnærminger. Noen diagnoser indikerer faktisk behandling nokså klart. For eksempel tvangslidelse og tics, inkludert Tourette, indikerer atferdsanalytiske metoder som eksponering og responsprevensjon. Ved psykoser er det ofte riktig å gi såkalt antipsykotisk medikasjon. Selv om atferdsanalytisk behandling er effektivt ved en rekke tilstander (se Eikeseth & Svartdal, 2003), fører det ikke alltid fram. Da har vi plikt til å drøfte bl.a. medikamenter, som ofte gis ut fra diagnose, og som godt kan kombineres med atferdsanalyse (se bl.a. Sevin, Bowers-Stephens, Hamilton & Ford, 2001). De senere år er det også flere eksempler på at atferdsanalytikere involverer seg i diagnostikk (Holden, 2001, 2002; Holden & Gitlesen, 2003; Hove, 2004; Hove & Holden, 2005. Se også Holden, 2006, i trykk, for en bredere gjennomgang).

Denne artikkelen tar for seg urealistiske forventninger som noen har til diagnostisering av psykiske lidelser. Disse går ut på (1) at psykiske lidelser er noe annet enn atferd, (2) at psykiske lidelser er konkrete sykdommer, i likhet med vanlige kroppslige sykdommer, at (3) psykiske lidelser forklarer atferden som inngår i den, og (4) at diagnoser er til stor hjelp i behandling. Jeg vil prøve å vise at forventningene kan være baserte på misforståelser av hva psykiske lidelser er. Jeg vil argumentere for at distinksjonen mellom ”atferd og psykiske lidelser” er fiktiv, og at psykiske lidelser bør ha en mer uklar status enn det vi kaller somatisk sykdom. Jeg unngår polemikk. Målet er å forstå hva kategoriell diagnostisering av psykiske lidelser innebærer.

Først av alt: Hva er atferd?

Ikke alt kan defineres klart og generelt. Det er for eksempel ingen fullgode, generelle definisjoner av begrepene 'liv' og 'energi'. Det samme gjelder atferd. Catania (1998) skriver at vi godt kan definere 'atferd' som "alt vi gjør". Han mener imidlertid at dette er nokså generelt. Hva betyr dessuten "å gjøre"? Er "å blø" noe vi gjør? Neppe, men det viser at det ikke er lett å avgrense hva som er atferd. Når det ikke går an å lage generelle definisjoner som dekker alle situasjoner kan det være et alternativ å definere begreper ved å liste opp sammenhenger der begrepet forekommer, og å gi en generell beskrivelse av slike sammenhenger (se Skinner, 1945). Atferdsanalytikere vil si "atferd" bl.a. i følgende sammenhenger: (1) når vi reagerer på, eller føler, en eller annen tilstand i kroppen, (2) når vi tenker, eller utfører privat verbal atferd som vi gjerne kaller det, (3) når vi ser, hører, lukter, føler noe som vi tenker på eller ser for oss men som ikke stimulerer oss direkte der og da, (4) når vi beskriver disse ulike formene for privat atferd, enten privat med oss selv som lytter eller til andre, og selvfølgelig (5) når vi utfører handlinger som andre kan observere.

Dette er hvordan primært *atferdsanalytikere* definerer atferd. Andre vil tendere til å avgrense atferd til mer konkrete handlinger som er observerbare for andre, det vil si punkt 5 ovenfor. Atferdsanalytikere har med andre ord en utvidet definisjon av atferd, som er viktig å være klar over når vi snakker med folk som tilhører andre tradisjoner. En fordel med en atferdsanalytisk definisjon av atferd kan være at vi slipper å snakke om privat og offentlig, eller indre og ytre, atferd som to helt forskjellige fenomener. Formuleringer som "atferd og tenking" og "atferd og følelser" blir overflødige; alt er atferd. En utvidet definisjon av atferd bidrar dermed til å viske ut forskjellen mellom atferd og psykiske lidelser, ved at alle private fenomener som inngår i kriteriene for psykiske lidelser *er* atferd. Vi trenger ikke å snakke om psykiske lidelser, for eksempel angst, for å snakke om privat atferd. En følge av en vid definisjon av 'atferd' er en vid definisjon av 'observasjon'. For en atferdsanalytiker betyr det å observere sin egen private atferd, i tillegg til ytre atferd som alle kan observere. For mange betyr 'observasjon' kun det siste.

Også psykiske lidelser er atferd

Jeg skal prøve å vise hva vi egentlig snakker om, og *ikke* snakker om, når vi snakker om psykiske lidelser. Jeg skal belyse dette fra flere sider, i en mest mulig ryddig rekkefølge, selv om det er vanskelig å holde de ulike momentene helt fra hverandre.

Psykiske lidelser er ikke sykdommer i vanlig forstand

Forbildet for psykiatrisk diagnostikk er en somatisk sykdomsmodell. Folk snakker ofte om psykiske lidelser på samme måte som de snakker om vanlige somatiske sykdommer, det vil si at psykiske lidelser oppfattes som uttrykk for konkrete, underliggende forstyrrelser. Jeg mener at dette er en misforståelse, og at psykiske lidelser er prinsipielt forskjellige fra sykdommer som vi vanligvis går til lege for. Disse er oftest kjennetegnet av:

1. En relativt klar etiologi (det vil si årsakslære). For de fleste sykdommer er årsaker og underliggende fysiologi godt kjent. Det siste innebærer at diagnoser ofte kan stilles ut fra konkrete funn som skader, vevsforandringer og blodverdier.
2. Et relativt likt forløp. Sykdommen oppstår og utvikler seg relativt likt hos pasienter med samme diagnose.

3. Relativt lik respons på behandling på tvers av individer med samme diagnose.

Dette innebærer at sykdommer er definert etter *funksjonelle* kriterier, i tillegg til strukturelle. De fleste sykdommer er i tillegg så klart adskilte at de utgjør *naturlige* kategorier; i likhet med planter, dyr og bergarter kan de knapt sies å være basert på konvensjoner. Siden sykdommene utgjør reelle, underliggende forstyrrelser er det også uproblematisk å si "symptom" om tegn som indikerer forstyrrelsen.

Til forskjell fra dette er syndromer som inngår i psykiatrisk klassifikasjon, det vil si i ICD-10 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), neppe mer enn ulike sett av kriterier for når vi skal bruke ulike diagnoser. (Syndromer som skyldes en kjent, enhetlig biologisk faktor er noe annet, og holdes utenfor her. Eksempler på dette er Downs syndrom og Williams syndrom, og det finnes ekstremt mange.) Begrepet 'symptom' får dermed en annen betydning i forbindelse med psykiske lidelser: Symptomer er ikke annet enn atferden som lidelsen diagnostiseres ut fra. I tillegg stilles diagnoser for psykiske lidelser stort sett uavhengig av etiologi. Noen mindre unntak er F43.0. Akutt belastningslidelse, F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og F43.2 Tilpasningsforstyrrelser, som må etterfølge større belastninger, og en del psykosedagnoser som forutsetter at det ikke foreligger organiske årsaker i form av for eksempel forgiftning. Slike etiologiske krav er imidlertid svært generelle.

Innenfor medisin er mye av motivasjonen for å kartlegge syndromer å komme fram til underliggende prosesser som *forklarer* syndromet. Begge de nevnte biologiske syndromer, Downs og Williams, er eksempler på syndromer som opprinnelig var rene ytre beskrivelser og hvor underliggende prosesser ble oppdaget etter hvert. Forståelsen av de fleste somatiske sykdommer har fulgt en slik progresjon (se Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001). Det er imidlertid urealistisk å komme fram til enhetlige prosesser som forklarer psykiske lidelser. Vi må som hovedregel gå ut fra at hver enkelt lidelse påvirkes av mange forhold, og at ulike lidelser er påvirket av de samme forhold. Dette samsvarer med en gammel atferdsanalytisk "tese": Samme atferd kan være påvirket av ulike atferdsprinsipper og ulike atferder kan være påvirket av samme atferdsprinsipp (se Holden, 2003a). Årsaker til psykiske lidelser kompliseres også av at de fleste lidelser skyldes et samspill av biologiske og sosiale og læringsmessige faktorer. Det er derfor så godt som umulig å skille kategorielle psykiske lidelser fra hverandre etter funksjonelle kriterier.

En forståelse av psykiske lidelser som vanlige sykdommer kompliseres også av at det er umulig å lokalisere psykiske lidelser kroppslig. Det er umulig å svare presist på spørsmål som "hvor (i kroppen) er du trist?", "hvor er du depriment?", "hvor har du angst?", "hvor sitter den dramatiserende personlighetsforstyrrelsen?" eller "hvor sitter schizofrenien?". Vi kan like godt spørre "hvor er du lei?". Som ved all annen atferd deltar i prinsippet hele kroppen. Det er også for enkelt å betrakte psykiske lidelser som rene hjerneforstyrrelser, i og med at hjernen står i sammenheng med resten av kroppen og de ytre omgivelsene. Dette vil innebære et forenklet, *encephalocentrisk* (hjernesentrert) syn på årsaker til atferd (Wilson, 1998. Se også Bamberger, 2001, ss. 68-80!). Psykiske lidelser kan i prinsippet skyldes prosesser både i nervesystemet, i kroppen for øvrig, og i ytre omgivelser.

Biologisk forståelse av årsaker til psykiske lidelser har alt i alt hatt relativt liten suksess. For eksempel sammenhenger mellom ulike psykiske lidelser og nivå av neurotransmittere er relativt svake: Personer med samme lidelse, som depresjon, kan ha høyst ulike nivåer, og personer med ulike diagnoser, som angst og depresjon, kan ha like nivåer (se Wilson, Hayes & Zettle, 2001). Det er også vanskelig å vite hvordan eventuelle forstyrrelser har oppstått.

Dette utelukker ikke at biologi kan være en viktig årsak til psykiske lidelser, for eksempel schizofreni, men neppe på en klar, diagnosespesifikk måte (Statens helsetilsyn, 2000). Variasjon i atferd fra person til person med samme diagnose er med andre ord betydelig. Det finnes også lite biologisk behandling som har *spesifikke* effekter. Sammenheng mellom for eksempel diagnose og effekter av psykotrop medikasjon er relativt svak. Medikamenter virker ofte ikke på lidelser de er ment virke på, og kan virke på lidelser de ikke er ment å virke på (se bl.a. Sturmey, 1995).

De fleste atferdsformer som inngår i psykiske lidelser påvirkes også av atferdsprinsipper, det vil si læring og motivasjonelle forhold (se bl.a. Sturmey, 1999). Ikke minst er det verbale viktig. Ifølge moderne atferdsanalyse er det vanskelig å tenke seg at psykiske lidelser som angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser oppstår uavhengig av verbale aktiviteter som bekymringer og forsøk på å kontrollere hva en føler ved ikke å tenke på det som er ubehagelig (se Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, Wilson et al., 2001). I den grad psykiske lidelser skyldes læring og verbal fungering er det ulogisk at alle svar vil være å finne innenfor biologi.

Inneberer alle diagnoser i ICD-10 og DSM-IV psykiske 'lidelser'?

Sykdomsbegrepet halter altså litt når det gjelder tilstander som omfattes av psykiatriske diagnoser, selv om betegnelsen sykdom ofte brukes om slike tilstander (psykisk/psykiatrisk sykdom på norsk og mental/psychiatric illness på engelsk). Det er derfor interessant å se på hvilke betegnelser psykiatriske diagnoseverker selv bruker om de ulike tilstandene. Alle diagnoser i DSM-IV kalles *forstyrrelser* (disorders). "Disorders" inngår også i tittelen på verket. I ICD-10 er det mer variert, og ICD-10 veksler mellom betegnelsen "lidelser" og "forstyrrelser". Kapittel V i ICD-10, det vil si psykiatridelen, heter Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. De fem første kategoriblokkene i ICD-10, fra F00 til F48, er klassifiserte som lidelser. Dette omfatter kategoriblokker som F20-29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, F30-39 Affektive lidelser som depresjon, mani og bipolare lidelser, samt F40-48 Nevrotiske, belastningrelaterte og somatoforme lidelser i form av bl.a. angstlidelser og tvangslidelse.

Resten av diagnosene i ICD-10, fra kategoriblokk F50 og ut, kalles stort sett forstyrrelser og ikke lidelser. Dette gjelder F50-59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, som omfatter bl.a. spiseforstyrrelser, ikke-organiske søvnforstyrrelser og seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatiske lidelser. Det gjelder også F60-69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne, som patologisk spillelidenskap, pyromani, kleptomani, trikotillomani (hårnapping), kjønnsidentitetsforstyrrelser og forstyrrelser i seksuelt objektvalg, som kinking, blotting, pedofili og fetisjisme. Andre eksempler er F80-89 Utviklingsforstyrrelser, som omfatter alt fra spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, læreversker, som problemer med lesing, skriving og regning, til gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som barneautisme og Asperger syndrom. Til slutt har vi F90-98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder, som inkluderer bl.a. hyperkinetiske forstyrrelser (som i DSM-IV heter AD/HD) og opposisjonell atferdsforstyrrelse, og tics, Tourette, ikke-organisk enurese og enkoprese, og stamming.

Det er vanskelig å se en klar systematikk i hvordan ICD-10 skiller mellom lidelser og forstyrrelser. Mange alvorlige tilstander som har lange tradisjoner som psykiatriske diagnoser kalles lidelser. Mange avgrensede tilstander, og tilstander som har blitt formaliserte diagnoser i nyere tid, kalles forstyrrelser. Men dette er ikke konsekvent. Alvorlighet er ikke et

konsistent kriterium: For eksempel tvangslidelse er utvilsomt alvorlig, men neppe alvorligere enn forstyrrelsen autisme. Tradisjon er heller ikke avgjørende: For eksempel Tourette syndrom, som er i kategoriblokk F90-98 og dermed en forstyrrelse, har vært beskrevet i over 100 år, mens formelle kriterier for mange lidelser er nyere. Avgrensning er heller ikke bestemmende: Avgrensede tilstander som fobier og tvang kalles lidelser, mens mer generelle tilstander som opposisjonell atferdsforstyrrelse og autisme kalles forstyrrelser.

Poenget med denne gjennomgangen er at mange psykiatriske diagnoser er forstyrrelser. Dette lyder etter min mening mindre patologisk og er mindre assosiert med sykdom. Forstyrrelse er en mer uformell, allmenn betegnelse som også brukes uavhengig av diagnoser. Alt i alt kan betegnelsen dempe inntrykket av psykiatriske tilstander som sykdom. Resten av ICD-10, som stort sett omhandler somatikk, bruker betegnelsen 'sykdom' om nesten alle diagnosene. Også dette indikerer at betegnelsen sykdom er tvilsom når det gjelder det som omfattes av psykiatriske diagnoser.

Nedtoning av psykiatriske tilstander som sykdom kan likevel ha begrenset effekt: Diagnoser er uansett fastlagte kategorier som har lett for å bli reifisert og oppfattet som noe som "ligger under" og "forklarer" atferd. Fallgruvener er med andre ord nesten de samme, enten vi snakker om lidelser eller forstyrrelser. Selv om DSM-IV kun bruker betegnelsen forstyrrelse bruker mange DSM-IV-diagnoser som forklaring. Vi kan imidlertid ikke utelukke at en påpekning av at lidelsene ikke kalles sykdom og at ikke alle diagnosene engang er lidelser men forstyrrelser kan ha en *viss* effekt. Det er i det minste logisk at oppfatningen av psykiske lidelser som sykdom bør svekkes.

Hvordan et psykiatrisk diagnoseverk definerer psykiske lidelser

ICD-10, hverken håndboken (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) eller forskningskriteriene (World Health Organization, 1993), inneholder prinsipielle betraktninger om hva en psykisk lidelse er. Dette er beklagelig, i og med at ICD-10 er det offisielle diagnoseverket for norsk helsevesen. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), som brukes i USA og mye i forskning, har faktisk en nokså inngående diskusjon om hva psykiske lidelser er. I forordet (s. xxi) står det at selve betegnelsen psykiske, eller mentale, forstyrrelser innebærer en foreldet dualisme mellom kropp og sjel. Det presiseres at en overveldende litteratur viser at det er mye "kroppslig" i "mentale" forstyrrelser og mye "mentalt" i "kroppslige" forstyrrelser. Det står også at selve begrepet "mentale forstyrrelser" skaper flere problemer enn det løser, men at begrepet er beholdt fordi det er vanskelig å erstatte. En atferdsanalytiker kan faktisk skrive under på det meste i DSM-IVs forord, kanskje med unntak av at ordet 'symptom' brukes uten spesielle reserverasjoner.

DSM-IV (ss. xxi-xxii) skriver at somatiske sykdommer defineres ut fra for eksempel strukturell patologi (for eksempel ulcerøs kolitt), presenterte symptomer (migrene), avvik fra biologisk norm (høyt blodtrykk) eller etiologi (lungebetennelse som skyldes streptokokker). Psykiske lidelser har blitt definert ved hjelp av andre variabler, som grad av plage, manglende kontroll, ulempe, funksjonshemning, manglende fleksibilitet, irrasjonalitet, syndromalt mønster, etiologi og statistisk avvik. Ut fra dette er DSM-IV en klassifikasjon av forstyrrelser som innebærer et klinisk signifikant atferdsmessig eller psykologisk syndrom som finnes hos et individ og som er forbundet med (1) en umiddelbar plage (for eksempel smertefulle symptomer) (2) nedsatt funksjon (svakkelse i daglig fungering på ett eller flere områder), eller (3) en signifikant større risiko for lidelse, smerte, død, svakkelse eller viktig tap av utfoldelse. I tillegg er det ikke tilstrekkelig at syndromet eller mønsteret er en forventet eller kulturelt akseptert reaksjon på en spesiell hendelse, for eksempel tap av en nær person. Avvikende atferd i seg

selv, enten politisk, religiøs eller seksuell, er heller ikke nok. Disse kriteriene kan imidlertid gjelde *alle* atferdsforstyrrelser, uavhengig av om de er kategorielt diagnostiserte.

Hvordan diagnostiseres psykiske lidelser?

Diagnostisering av psykiske lidelser skjer ut fra atferdskriterier. Kriteriene kalles også symptomer. Dette er observasjoner av atferd fra "utsiden", samt hva personen forteller om tenking og føling, som bestemmer eventuell diagnose. Biologiske markører, det vil si biologiske tegn på lidelsene som er både sensitive og spesifikke for hver enkelt lidelse, finnes ikke. Ingen laboratoriefunn kan bekrefte eller avkrefte en psykisk lidelse. Diagnose stilles med andre ord uavhengig av underliggende fysiologi. DSM-IV har en kommentar om "Associated laboratory findings", eller laboratoriefunn, for lidelser som psykotiske lidelser, stemningslidelser og angstlidelser, men ikke for bl.a. personlighetsforstyrrelser. Kommentarene går stort sett ut på at det ikke finnes somatiske funn som kan bekrefte eller avkrefte diagnosen, selv om noen vage funn er litt vanligere hos personer med samme diagnose som *gruppe*.

Svak sammenheng mellom psykiske lidelser og underliggende forstyrrelser gjør det også vanskelig å snakke om symptomer på samme måte som ved somatiske sykdommer. I stedet for å være *tegn på* underliggende sykdom, er atferden *identisk* med lidelsen. Det vil for eksempel være meningsløst å si at ildspåsettelse er symptom på pyromani når pyromani diagnostiseres ut fra ildspåsettelse, eller at tvangshandlinger er symptom på tvangslidelse når tvangslidelse diagnostiseres ut fra tvangshandlinger. Det blir like lite informativt som å si at neglebiting er symptom på neglebiting. Det gir heller ikke særlig mening å si at "autisme gir ulike utslag for ulike personer" (TV3, 28. november 2005), når autisme diagnostiseres på grunnlag av varierende former for atferd som har varierende årsaker. Hadde autisme kommet av en enhetlig, underliggende faktor hadde det vært noe annet. Atferdsanalytikere definerer for øvrig begreper ved å vise til sammenhenger begrepet forekommer i (se bl.a. Hineline, 1983; Skinner, 1945/1972). Dette gjelder også psykiske lidelser.

Når det gjelder somatisk behandling sier respons og fravær av respons på behandling ofte mye om riktigheten av diagnosen. Det er med andre ord et viktig diagnostisk redskap. Slik er det knapt med psykiske lidelser, jfr. relativt uklare effekter av psykotrop medikasjon. Psykologisk behandling, for eksempel i form av eksponering og responsprevensjon, kan også virke på en rekke andre lidelser enn tvangslidelse, ikke minst andre repeterende atferdsforstyrrelser og rusproblemer. Det er med andre ord ikke spesifikke relasjoner mellom diagnose og behandling, og respons og manglende respons på behandling gir ingen klar bekreftelse på diagnose.

Psykiske lidelser er sjelden klart avgrensede tilstander

Kategoriell psykiatrisk diagnostikk opererer med tilsynelatende separate lidelser. Idealet er klare skiller mellom diagnosene, det vil si at de er gjensidig utelukkende. Psykiske lidelser er imidlertid preget av å gli over i hverandre: De fleste kriterier kan inngå i flere lidelser, det vil si at de er diagnostisk *heterogene*. For eksempel depresjon og schizofreni har en del felles kriterier. Tvangslidelse og ticsforstyrrelser, som Tourette syndrom, *kan* være vanskelige å skille og kan sies å dekke hver sin del av et kontinuum (Holden, 2003). Ulike personlighetsforstyrrelser har mye felles. I hele tatt er *differensialdiagnostikk*; å skille mellom tilstander som overlapper, viktig når det gjelder psykiske lidelser.

Kategorielle diagnoser har også definerte terskler for når en person "har" lidelsen. De fleste lidelsene innebærer imidlertid problemer i en eller annen *grad*, og det kan være van-

skelig å si når terskelen for en lidelse, eller enkeltkriterier for en lidelse, er nådd. Manglende avgrensning mellom de ulike lidelsene medfører at det er riktig å kalle psykiske lidelser for arbitrære, det vil si skjønnsmessige mer enn naturlige kategorier. Sturmey (1999) sier rett ut at definisjonene av psykiske lidelser er bestemt mer av komitéer enn av naturen.

Kategoriell diagnostikk fungerer også best når personer med samme diagnose er relativt homogene. Imidlertid er det ofte en sterk *heterogenitet* innad i diagnosene. Mange lidelser har polytetiske kriterier, det vil si at det er nok å oppfylle noen av kriteriene for å få diagnosen. Dette gjelder alt fra diagnoser for psykoser, stemningsforstyrrelser i form av ulike varianter av depresjon og forhøyet stemning og kombinasjoner av disse, til personlighetsforstyrrelser. I tillegg er det mange måter å oppfylle enkeltkriteriene på. Alt i alt er hovedregelen at personer med samme diagnose fungerer nokså ulikt.

Det faktum at atferd er ekstremt komplisert og at sosiale og biologiske forhold virker sammen tilsier at atferd uunngåelig er vanskelig å kategorisere og at kategorisering gir begrenset informasjon. Forordet til DSM-IV innser faktisk de nevnte svakhetene ved kategoriell klassifikasjon. Ved forrige revisjon, i 1994, vurderte en å dempe kategoripreget. Kategorier er imidlertid så innarbeidet at en reform kan ligge langt fram i tid.

Psykiske lidelser og kulturelle forhold

Begrepet psykiske lidelser er mer kulturbestemt enn somatiske sykdommer. DSM-IV har et appendix (ss. 843-849) med 25 lidelser fra ikke-vestlige områder av verden som ikke er med i den vestligdominerte ICD-10. Malaysia, Filippinene, Papua Ny-Guinea og Polynesia opererer med en type voldelig raseriutbudd, hvor mord kan inngå, som kalles amok. Vest-Afrika og Haiti har boufée delirante, som innebærer en spesiell form for raseri, aggresjon, uro, forvirring og hallusinose. Tilstanden ligner på kortvarig eller forbigående psykose. I India er det noe som heter dhat og som innebærer angst og hypokondriske bekymringer knyttet til sædavgang, hvit misfarging av urin og følelse av svakhet og utmattelse. Innfødte i Amerika kan ha spøkelsesyke, det vil si sterk opptatthet av døden og døde, som gjerne ledsages av vonde drømmer, svak appetitt, besvimelse, svimmelhet, angst, hallusinasjoner, forvirring og en opplevelse av kvelning. "Brain fag" er en vest-afrikansk lidelse som går ut på vansker med konsentrasjon, husking og tenkning i forbindelse med skolegang. Slike eksempler viser at all problematisk atferd kan gis en diagnose. I tillegg til kulturelle faktorer er tilfeldigheter med på å bestemme hva som får plass i diagnoseverker. Det er heller ikke sikkert at alle kulturer oppfatter alle vestlige lidelser som like relevante.

Antall psykiske lidelser øker stadig

En konsekvent kategorisering av fenomener innebærer nødvendigvis at nye fenomener som ikke passer inn i eksisterende kategorier fører til dannelse av nye kategorier. Psykiske lidelser er et godt eksempel. Fra DSM-III, som kom i 1980, til DSM-IV, som kom i 1994, økte antall lidelser merkbart. ICD-10 har mer enn ti ulike former for depresjon og mer enn ti ulike former for angst. Mange er spente på hva kommende versjoner bringer. Økningen i antall lidelser avspeiler ikke en tilsvarende økning i forståelsen av prosesser som ligger til grunn for dem. Dette er forskjellig fra medisin, hvor nye sykdommer og oppdagelse av nye sykdomsprosesser henger mye sammen.

Innebærer psykiatriske diagnoser nødvendigvis patologi?

Det er ingen tvil om at for eksempel schizofreni og andre psykotiske forstyrrelser, alvorlige nedsatt og forhøyet stemning, alvorlig angst og tvangslidelse, alvorlige ticsforstyrrelser og

AD/HD er alvorlige tilstander. Men andre lidelser, som lettere angstlidelser og depressive lidelser, og mange tilfeller av personlighetsforstyrrelse, må betegnes som mindre alvorlige. De er ofte forenlige med å arbeide, ha det stort sett godt, og leve et nokså normalt liv. Wilson og medarbeidere (2001) mener til og med at vanlige lidelser som angst og depresjon langt på vei er et forventet resultat av våre verbale ferdigheter, som nevnt foran. En viktig årsak til at slike lidelser kan utvikles og oppleves som et problem er rett og slett at vår kultur framstiller slike følelser som negative, som noe vi ikke skal ha. Popkulturen bidrar til at mange som ikke har det interessant og spennende hele tiden, og ikke føler seg pene og vellykkede, føler seg unormale. Dette gjør det vanskeligere å leve med ikke-ideelle forhold som gjelder for alle mer eller mindre.

Mange som møter problemer vikler seg inn i forsøk på løsninger som kan gjøre vondt verre. En av strategiene er å prøve å kontrollere hva vi føler; å prøve å føle godt i stedet for å akseptere at ubehagelige følelser er ufarlige og ikke noe hinder for å handle i tråd med våre verdier. Innenfor en atferdsanalytisk variant av psykoterapi, "acceptance and commitment therapy" ("aksepterings- og forpliktelsesterapi") (Hayes et al., 1999), kalles dette "experiential avoidance" (opplevelsesmessig unngåelse). Et eksempel på slik unngåelse er å prøve å la være å tenke på det som er vondt og ubehagelig. Slike forsøk på kontroll kan nettopp føre til at vi får mer av det vi vil ha mindre av; å tenke på ikke å tenke på det er også å tenke på det! Dette blir en ond sirkel: Tendensen til å unngå det ubehagelige øker, slik at vi får enda mindre mulighet for å bli fortrolig med det. I tillegg kommer "reason giving" (begrunnelse), det vil si å gi sosialt akseptable men tynne grunner for å gjøre og ikke minst la være å gjøre noe. Resultatet blir, som ved opplevelsesmessig unngåelse, at vi opptrer i strid med verdier: Vi gjør det vi mener vi *ikke* bør gjøre og lar være det vi mener vi *bør* gjøre. Både opplevelsesmessig unngåelse og grunngivning er langt på vei lært. Det forsterkes ofte av samfunnet rundt oss, og noen ganger av terapeuter.

Normal verbal fungering kan altså være en viktig forutsetning for å utvikle mye av det vi kaller psykiske lidelser. Dette underbygges av at det trolig er langt mer psykiske lidelser blant mennesker med lett og moderat psykisk utviklingshemning enn blant mennesker med dyp og alvorlig psykisk utviklingshemning, som har svakere verbal fungering (Holden & Gitlesen, 2004b). I tillegg kan den store utbredelsen av psykiske lidelser i seg selv kan tas til inntekt for at det ofte er mer tale om normal menneskelig fungering enn sykdom. Et stykke på vei kan det oppfattes som smerte og lidelse som rett og slett følger av å leve. En del psykiske lidelser er rett og slett normale fenomener og resultat av normale prosesser. Det kan også være tilfeldig hva folk kommer til behandling med.

Å snakke om en psykisk lidelse som noe annet enn atferd er ulogisk

Mange har hørt historien om gjesten som ble vist rundt på et universitet (se også Ryle, 1949): Vertskapet viste fram bygningene og avdelingene i tur og orden. Til vertskapets forbauselse utbrøt gjesten: "Men hvor er universitetet?". Det var jo det de nettopp hadde vist fram! Gjesten må ha trodd at universitetet var en egen kategori ved siden av de ulike bygningene og avdelingene som han eller hun nettopp hadde sett. Men universitetet besto jo nettopp av de ulike avdelingene. Gjesten hadde med andre ord begått det som kalles for en kategorifeil (se også Holth, 2001). Feilen er som å se ti fotballspillere i lik drakt, pluss en 11. som står i mål, og lure på hvor laget er.

Slike misforståelser er uvanlige og skaper neppe problemer, bortsett fra når vi snakker om atferd. Når det gjelder atferd er slike misforståelser *vanlige* og til dels problematiske. Ikke alle har klart for seg at angst, eller grunnlaget for å snakke om angst, er autonome

responser som øket puls og blodtrykk, endringer i hudfarge, svette, skjelving, raskere pust og lignende. Angst er ikke noe ved siden av dette. (Ordet angst kommer av latin *angustia*: Innsnevring, mangel, vanskelighet, jfr. kroppslige reaksjoner som får oss til å si angst.) Det er også umulig å snakke om depresjon uten et kroppsspråk eller fornemmelser hos personen selv som benevnes som tristhet, og pessimistiske utsagn, endringer i aktivitetsnivå og endringer i naturlige funksjoner som søvn og appetitt, for å nevne det viktigste. Depresjon er ikke noe ved siden av dette. (Ordet depresjon betyr nedtrykt, en folkelig metafor for hva det innebærer.) Det samme gjelder andre psykiske lidelser. Å beskrive en psykisk lidelse som noe *annet* enn den atferden, inkludert tenking og føling, som den diagnostiseres ut fra, vil uunngåelig medføre kategorifeil.

Depresjon og mye annet diagnostiseres ut fra nokså omfattende kriterier. Det er kanskje lettere å oppfatte slike lidelser som noe annet enn atferd, i og med at det er vanskelig å ha oversikt over all atferd de består av. Uansett er det en misforståelse. Det bør være enda lettere å være enig i at mer avgrensede tilstander er atferd. Mange diagnoser, som bl.a. tvangslidelse, ticsforstyrrelser og andre repeterende atferdsforstyrrelser, er avgrenset, forstyrret atferd. Men selv om en lidelse er avgrenset vil også en slik lidelse forbli en ren kategori og kan ikke *i seg selv* være et emprisk fenomen. Det er umulig å observere lidelsen direkte, og kun fenomenene den består av kan utgjøre egentlige empiriske fenomener (Friman, Wilson & Hayes, 1998).

Kanskje ordet psykisk, som i psykisk lidelse, bidrar til kategorifeil. Psykisk er et universalord. Det sies i utallige sammenhenger, på måter som innebærer kategorifeil. Folk sier "psykiske problemer" om problemer hvor konkret atferd utvilsomt er observasjonsgrunnet, som om det tilføyes noe ved å si "psykisk". Den opprinnelige betydningen av universalordet "psykisk" begrunner neppe en slik bruk. Ordet *psukhe* er gammelgresk for pust, blås. (Verbet å *psukhein*: å puste, blåse.) Dette ble synonymt med sjel. Senere befattet psykologien seg med psyken og religionen med sjelen. Psyken har i dag status som en enhet som kontrollerer vår atferd, i følge folkepsykologi og tradisjonell akademisk psykologi. Når en slik hypotetisk enhet oppfattes som en kategori ved siden av det vi observerer har vi et eksempel på kategorifeil. Skal vi unngå feilen, må vi være klar over og gjerne presisere at psyke og psykisk er rene metaforer for observerbar atferd.

Atferd og psykiske lidelser kan "skilles" rent pragmatisk

De nevnte momentene taler for identitet mellom atferd og psykiske lidelser. Men dette utelukker ikke et *pragmatisk* skille mellom de to. Pyles og medarbeidere (1997), som er atferdsanalytisk orienterte, opererer med en tredeling av atferdsforstyrrelser: Vi har atferd som skyldes rene somatiske problemer i form av sykdom og smerter. Dette er en viktig avgrensning, også fordi atferd som skyldes somatisk sykdom kan forveksles med atferd som samsvarer med kriterier for psykiske lidelser. For eksempel forstyrrelser i appetitt, søvn, stemning og aktivitet kan ligne på symptomer på psykiske lidelser, men kan ha rene somatiske årsaker (se bl.a. Fleischer, 1999). Når det gjelder mennesker med alvorligere grader av psykisk utviklingshemning kan rene skader på nervesystemet ha følger som minner om atferd som inngår i psykiske lidelser. Det samme gjelder atferdsfenotyper ved ulike syndromer, som det har liten hensikt å diagnostisere som psykiske lidelser.

For det andre har vi atferd som i stor grad skyldes læringsmessige og motivasjonelle forhold, det vil si forstyrrelser som kan analyseres ved hjelp av atferdsanalytiske, funksjonelle analyser. Også dette vil det ha liten hensikt å kalle psykiske lidelser. For det tredje har vi atferd som ikke kan forklares med somatiske eller funksjonelle forhold ut fra tilgjengelig kunnskap. Pyles og medarbeidere (1997) kaller denne restkategorien psykiske lidelser. Dette betyr i praksis bare

at atferden er vanskelig å forstå fullt ut ved hjelp av somatiske undersøkelser og funksjonelle analyser, og vanskelig å behandle ut fra disse tilnærmingene. Atferden kan med andre ord kreve psykotrop ("sinnsbevegende"), medikamentell behandling. Betegnelsen er mest et resultat av at det er vanskelig å finne andre betegnelser for noe som er så etablert. Det er imidlertid prisverdig at de har avgrenset så klart hva det er snakk om. Jeg vil også presisere at beskrivelsen av psykiske lidelse som en restkategori gjelder analyse og behandling. Diagnoser som rene kategorier for atferd berøres ikke av dette.

Et alternativt til kategoriell diagnostikk: Dimensjonell diagnostikk

Jeg skal kort nevne at det finnes et alternativ til kategoriell diagnostikk: Dimensjonell diagnostikk tar hensyn til at (1) problemer som utgjør psykiske lidelser alltid er til stede i en eller annen grad, og at (2) det ikke er klare terskler for å ha en forstyrrelse og ikke. I stedet for å operere med en mengde typer depresjon, som i ICD-10, graderer en det som lidelsene innenfor hovedklassen har felles, nemlig dimensjonen *depresjon* (Shankman & Klein, 2002). Dimensjonell diagnostikk vektlegger også at lidelser, som angst og depresjon, overlapper mye (Goldberg, 1996). Dette betyr mer fokus på hva lidelser har felles enn innenfor kategoriell diagnostikk. Studier har bl.a. vist at personer med angst ofte også har depresjon, og omvendt, langt på vei basert på de samme symptomene (Shankman & Klein, 2002). Nok et poeng innenfor dimensjonell diagnostikk er at begrepet dobbeltdiagnose har liten mening dersom det ikke er to virkelig forskjellige lidelser. Er for eksempel rus og angst to forskjellige lidelser dersom rus demper angst? I så fall ses rus som en del av en angstlidelse.

En *multidimensjonell* modell ser også på andre variabler som sier noe om lidelsen, som forekomst av lidelsen blant slektninger og forløpet hos pasienten. Dette kan gi bedre mulighet for å si noe om behandling og prognose (Goldberg, 1996; Shankman & Klein, 2002). Vekten på gradering av problemer medfører at tilnærmingen ofte beskrives som kontinuerlig. En dimensjonell tilnærming fungerer best for tilstander hvor gradsforskjeller er framtrædende og hvor det ikke er klare skiller mellom å ha eller ikke ha lidelsen. Den er også egnet når lidelser overlapper. En dimensjonell tilnærming kan med andre ord være et alternativ til kategoriell diagnostikk av de fleste psykiske lidelser.

Dimensjonell diagnostikk er imidlertid ikke avgjørende forskjellig fra kategoriell. Forskjellen består mest i et lavere antall lidelser, fordi varianter av hovedlidelser slås sammen. I den forstand arter dimensjonell diagnostikk seg mest som en kritikk mot det økende virvar av kategorielle diagnoser innenfor ICD- og DSM-systemene. Begge modellene definerer psykiske lidelser på grunnlag av topografi, og det er vanskelig å se noen forskjell i synet på forholdet mellom "symptomer" og selve lidelsen. Begge modellene innbyr derfor til å oppfatte psykiske lidelser som sykdom i vanlig forstand, og som noe annet enn atferd.

Konklusjoner

Jeg har argumentert bredt for at psykiske lidelser neppe innebærer annet enn atferd. Jeg tror ikke jeg har sparket inn dører som har vært åpne for alle. Målet var dels destruktivt; å plukke begrepet fra hverandre og dempe dets status og betydning. Målet var dels konstruktivt; å bidra til bevissthet om hva vi snakker om når vi snakker om psykiske lidelser. Til tross for problemer med begrepet tar jeg til orde for at atferdsanalytikere snakker om psykiske lidelser, og oppsummerer problematisk atferd som psykiske lidelser når diagnosene

er dekkende. Som vi har sett gjelder dette de fleste formene for problematisk atferd. Særlig bør vi snakke om psykiske lidelser i kontakt med fagpersoner av annen orientering, noe vi ofte har. En annen god ting som kan komme ut av fornuftig bruk av diagnoser er utbredelse av atferdsanalyse. Vi behandler *atferd* i stor stil. Dette er ”presist definerte responser”, som vi ofte kaller det internt. Å definere atferd presist er nyttig i behandling. Men presise definisjoner utelukker ikke diagnoser, og det finnes diagnoser for det meste vi holder på med. Diagnoser har status. Å bli flinkere til å bruke diagnoser kan derfor være et bidrag til å gjøre atferdsanalyse mer kjent og akseptert.

Som atferdsanalytikere må vi leve i to verdener, hjemme og borte. Det er god oppdragelse å oppføre seg pent borte. Dette innebærer å snakke om psykiske lidelser med respekt og en viss interesse. Jeg blir aldri begeistret for begrepet psykiske lidelser, og vil aldri ta det bokstavelig. Men jeg lever godt med det, og snakker uanstrengt om det. Ordet vekker ikke ubehag; jeg har ”habituert”. Jeg kan prøve å gi noen råd om hvordan atferdsanalytikere kan bruke begrepet: Presisér konstant hva det er snakk om, også for andre, i den grad de er interesserte. Presisér eller etterlys observasjonsgrunnlaget for lidelsen det er tale om, men problematisér ikke selve begrepet i alle sammenhenger. Det er slitsomt for alle. I kliniske situasjoner er det ikke en spesiell oppgave for oss å framheve de mest negative, mulige konsekvensene av diagnoser. Radikal, politisk kritikk av psykiatri og diagnoser à la Szasz (1960) og Goffman (1963) kan heller andre ta seg av. Vi diskuterer nok fra før.

Til slutt: En annen viktig grunn til at atferdsanalytikere bør involvere seg i diagnostikk er å prøve å forbedre både tradisjonell kategoriell og dimensjonell diagnostikk. En forbedring kan være å supplere diagnostikken med funksjonelle analyser av atferd som inngår i diagnosene, ut fra hvilken suksess dette har vært innenfor atferdsanalyse for øvrig. Det er også mulig å kombinere dette med analyser av forholdet mellom personens verbale atferd og øvrige problematiske atferd, så langt personen er verbal (se bl.a. Hastings & Brown, 2000; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Det finnes en atferdsanalytisk tradisjon for funksjonelle analyser av atferd som inngår i psykiske lidelser (se bl.a. Hove & Holden, 2006). Det er et tema vi bør komme tilbake til.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eknes, J., Kalvenes, G., Bjella, H., Eilertsen, D. E., & Martinsen, H. (2004). *Psykiske lidelser hos voksne mennesker med autisme og utviklingshemning – begrepsanalyse*. Oslo: Autismeenheten, Nasjonalt kompetansenettverk for autisme.
- Bamberger, W. C. (1999). *Riding some kind of unusual skull sleigh. On the arts of Don Van Vliet*. Whitmore Lake MI: Alap Editions.
- Catania, A. C. (1998). *Learning*, 4th edition. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Fleischer, M. (1999). The psychopharmacology of mental illness in mental disabilities. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 317–326). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eikeseth, S., & Svartdal, F. (2003). Atferdsanalysen: Hvor går vi? I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 448–460). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study

- emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137–156.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall.
- Goldberg, D. (1996). A dimensional model for common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Supplement), 44–49.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2000). Functional assessment and challenging behaviors: Some future directions. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 25, 229–240.
- Hayes, S. C., Strohsahl K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hine, F. R., & Williams, R. B. (1975). Dimensional diagnosis and the medical student's grasp of psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 82, 525–528.
- Hineline, P. N. (1983). When we speak of knowing. *The Behavior Analyst*, 6, 183–186.
- Holden, B. (2003a). Atferdsproblemer hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Kan forståelse av årsaker til atferdsproblemer føre til bedre behandling? I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 321–338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (2002). Psykiske lidelser som årsak til utfordrende atferd. En atferdsanalytisk kommentar. *Diskriminanten*, 29, 2, 13–31.
- Holden, B. (2003b). Tvangslidelse eller Tourette? Behandling av repeterende utsagn og aggressiv atferd hos mann med hjerneskade. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 1051–1057.
- Holden, B. (2001). Verdien av psykiatriske diagnoser i behandling av utfordrende atferd hos mennesker med psykisk utviklingshemning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 432–439.
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2003). Prevalence of psychiatric symptoms in adults with mental retardation and challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 323–332.
- Holden, B. & Gitlesen, J. P. (2004a). Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 509–521.
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004b). The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 556–562.
- Holth, P. (2001). The persistence of category mistakes in psychology. *Behavior and Philosophy*, 29, 203–219.
- Hove, O. (2004). Prevalence of eating disorders in adults with mental retardation living in the community. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 501–506.
- Hove, O., & Holden, B. (2006). Hvor mye har atferdsanalytikere forsket på psykiske lidelser? En publikasjonssøk-studie. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 1–13.
- Kalachnik, J. E., Leventhal, B. L., James, D. H., Sovner, R., Kastner, T. A., Walsh, K. et al. (1998). Guidelines for the use of psychotropic medication. I S. Reiss & M. G. Aman (Eds.), *Psychotropic medications and developmental disabilities. The international consensus handbook* (ss. 45–72). Ohio: The Ohio State University Nisonger Center.
- Larsen, E. S. (2004). Diagnoser som ødelegger. *Embla*, 9, 3, 30–34.
- Perone, M. (2003). Negative effects of positive reinforcement. *The Behavior Analyst*, 26, 1–14.

- Pyles, D. A. M., Muniz, K., Cade, A., & Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior-analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities, 18*, 185–214.
- Ryle, G. (1949/1980). *The concept of mind*. Ny utgave: Penguin Books.
- Sevin, J. A., Bowers-Stephens, C., Hamilton, M. L., & Ford, A. (2001). Integrating behavioral and pharmacological interventions in treating clients with psychiatric disorders and mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 463–485.
- Shankman, S. A., & Klein, D. N. (2002). Dimensional diagnosis of depression: Adding the dimension of course to severity, and comparison to the DSM. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 420–426.
- Skinner, B. F. (1945/1972). The operational definition of psychological terms. I *Cumulative record: A selection of papers* 3rd ed. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. ICD-10*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn (2000). *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Sturme, P. (1999). Classification: concepts, progress and future. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 3–17). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sturme, P. (1995). Diagnostic-based pharmacological treatment of behavior disorders in persons with developmental disabilities: a review and a decision-making typology. *Research in Developmental Disabilities, 16*, 235–252.
- Szasz, T. (1960). *The myth of mental illness*. New York: Paul B. Hoeber.
- Wilson, F. R. (1998). *The hand. How its use shaped the brain, language and human culture*. New York: Parthenon.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. I S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (ss. 211–237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (2001). *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders. Behavioral approaches to analysis and treatment*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.