

# Gir pålitelige tegn gyldige diagnoser?

## *Den psykiatriske revolusjonen og bruk av diagnoseverktøyet SCID på en masse-morder*

Thomas Dahl

---

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

*thomas.dahl@ntnu.no*

Dahl, Thomas (2016). 'Gir pålitelige tegn gyldige diagnoser?: Den psykiatriske revolusjonen og bruk av diagnoseverktøyet SCID på en masse-morder' i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 25, 155-171.

*Både reformen av den amerikanske diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) i 1980 og utviklingen av diagnoseverktøy basert på denne reformen, som Structured Clinical Interview for DSM Axis I Disorders (SCID I), har blitt kalt en revolusjon innenfor psykiatrien.*

*Det viktigste med denne revolusjonen var at den la til grunn observerbare tegn og symptomer for diagnostiseringen. Den skulle, som de viktigste pådriverne for endringen framhevet, "focus on observable behavior only", og ikke gjøre slik psykiatrien hadde gjort tidligere, å fokusere på "unconscious processes." Med fokus på det observerbare skulle psykiatriens diagnoser og verktøy bli mer pålitelige. Revolusjonen var en epistemologisk transformasjon. Denne artikkelen viser at den også var en ontologisk transformasjon. Grunnlaget for å fokusere på "observable behavior only" var en tillit til statistiske analyser og at sykdommen ville vise seg gjennom et bestemt antall forekomster av tegn og symptomer. Fra et statistisk grunnlag som i høyden kunne brukes til å si noe om sannsynlighet for en sykdom, ble bestemte fordelinger av tegn brukt som grunnlag for å konkludere om bestemte sykdommers*

eksistens. Gyldigheten til sykdommer ble basert på statistiske beregninger av forekomster av observerbare tegn.

Artikkelen problematiserer både det epistemologiske og ontologiske grunnlaget for denne revolusjonen gjennom en studie av de vitenskapelige arbeider og begrunnelser som ledet fram til transformasjonen, samt ved studie av diagnoseverktøyet SCID i bruk. SCID blir studert gjennom bruken av verktøyet på masseorderen Anders Behring Breivik. Dette caset er et unikt materiale siden SCID ble brukt to ganger av to forskjellige team av psykiatere, og med diametralt forskjellig utfall. Caset brukes dermed til å tydeliggjøre svakhetene med grunnlagstenkningen.

### *Do reliable signs give valid diagnoses? The psychiatric revolution and the use of its diagnostic instrument on a mass murderer*

*The reform of the American diagnostic manual for mental illnesses, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in 1980 and the development of psychometric instruments based on this reform, like the Structured Clinical Interview for DSM Axis I Disorders (SCID I), has been called a revolution in psychiatry.*

*The most important element in this revolution was that the diagnostic criteria was based on a knowledge production that "focus on observable behavior only", and not, as psychiatry had done earlier, with "reference to unconscious processes." By focusing on the observable, the diagnostic criteria and instruments in psychiatry should become more reliable. The revolution represented an epistemological transformation.*

*This article shows that it was also an ontological transformation. The grounding for focusing on "observable behavior only" was a trust in statistical analyses and a belief that a specific illness could be found from specific number of appearances of signs and symptoms. From a statistical grounding, which could be used for saying something about the probability of an illness, specific distributions of signs were used for claiming the existence of illness. The validity of illnesses was based on statistical distributions of observable signs. This article problematizes the epistemological and ontological grounding of this revolution through a study of the scientific publications leading to the revolution and also by studying the use of the diagnostic instrument SCID. The latter is studied through the case of the mass murderer Anders Behring Breivik. This case gives a unique material, as Breivik was tested twice by two different psychiatric expert teams, but with diametrically opposed outcomes. The case is used to make evident some of the inherent weaknesses of the grounding.*

## Det psykiatriske blikket

I følge Michel Foucault skjedde det en radikal omlegging av medisinsens diagnostisering med etableringen av den medisinske klinikk. Mens hovedspørsmålet som legen tidligere stilte hadde vært "Hvordan har du det?", ble det rådende spørsmålet nå "Hvor er det du har vondt?" (Foucault, 1963, xiv). Medisinen beveget seg fra at diagnosen ble stilt gjennom en diskusjon mellom lege og pasient, til et system hvor legens observasjon av pasienten dannet grunnlaget. Det var ikke den talende pasienten som ledet veien inn til diagnosen, men "en taus kropp (*un corps muet*)" (Foucault, 1963, xi). Dette medisinske blikket innebar en transformasjon fra en "grammatikk av tegn" til en "botanikk av symptomer". Symptomene ble tegn-givende og viste vei til sykdommen.

"Hvor er det du har vondt?" har fungert som et godt spørsmål i somatikken for å lokalisere en bestemt sykdom. Men det er sykdommer som ikke lar seg lokalisere like lett i form av en konkret fysisk smerte. Dette gjelder flere somatiske lidelser og det gjelder i høyeste grad lidelser som bare viser seg i form av det som Hippokrates kalte avvik fra det som fornuftige (*froneontas*) personer sanset og tenkte (Hippocrates, 1931, 287), altså lidelser vi i dag kaller psykiske eller mentale.

I mangelen av observerbare tegn på den "tause kroppen" har psykiatrien ikke i samme grad som somatikken klart å etablere en differensiert diagnostikk. Den har i mangt måttet støtte seg til pasientens fortellinger, noe som er spesielt tydeliggjort gjennom den psykoanalytiske tradisjonen innenfor psykiatrien. Gjennom en omfattende utspørring av pasienten måtte psykiateren forsøke å italesette traumat. Men det har lenge vært en drøm om å kunne finne en direkte vei. Foucault mente at Jean-Martin Charcot (1825-1893) trodde å ha oppnådd det, og mer eller mindre direkte sa til sine pasienter: "Vær stille og kroppen din vil gi meg mine svar, de svar, som bare jeg, siden jeg er en psykiater, kan avlese og analysere for å finne sannheten (*déchiffre et analyse en termes de vérité*)" (Foucault, 2003, 306).

Denne drømmen ble imidlertid ikke realisert, noe som ble spesielt tydelig på slutten av 1950-tallet og begynnelsen av 1960-tallet, med framveksten av den anti-psykiatriske bevegelsen, som noen også mener Foucault må plasseres innenfor (Porter, 1997, 522). Bevegelsen hadde feste også blant psykiatere, og den ungarskfødte psykiateren Thomas Szasz gikk så langt som å hevde at hele idéen om psykiatriske sykdommer var en myte. Alle diagnoser og sykdommer innenfor psykiatrien var ikke annet enn psykiatriens egne konstruksjoner (Szasz, 1961). Denne kritikken fikk virkelig vind i seilene på begynnelsen av 1970-tallet, da David Rosenhan publiserte resultatene fra et forsøk hvor åtte helt friske personer, uten noen

sykdomshistorie, oppsøkte psykiatrisk hjelp fordi de mente å høre stemmer i eget hode (Rosenhan, 1973a). Alle personene fikk enten diagnosen schizofreni eller bipolar lidelse, og ble tatt i behandling. Selv da de under behandlingen "ceased simulating any symptoms of abnormality" (Rosenhan, 1973b, 383), ble dette bare understøttende til den diagnosen de hadde fått, og det ble aldri oppdaget av sykehusene som behandlet dem at pasientene bare spilte syke.

Psykiatrien var derfor presset. Først med den relativt radikale omleggingen av diagnosemanualen til den amerikanske psykiatriske foreningen, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, i 1980 (Blashfield et al., 2014; Decker, 2013; First, 2010; Skodol & Spitzer, 1982; Spitzer et al., 1992), fikk den et fofeste mot kritikken. Denne omleggingen, på tross av at den har vært beskrevet som "a stunning achievement" og "a scientific revolution" (Kirk & Kutchins, 1994, 72) og for å ha "revolutionized psychiatry" (First et al., 2002, 5), har på ingen måte befridd psykiatrien fra kritikken mot dens diagnoser og diagnosepraksis (Beutler & Malik, 2002; Demazeux & Singy, 2015; Kincaid & Sullivan, 2014; Kirk & Kutchins, 1992; Kirk & Kutchins, 1994; Paris & Phillips, 2013; Sadler, 2005; Zachar, 2014). Kritikken berører imidlertid ikke psykiatriens evnen til å diagnostisere, men bare bruken av diagnosene. Det er også påfallende hvor viktig og utbredt bruken av diagnoseverktøy utviklet med bakgrunn i tenkningen rundt DSM-III i 1980 og senere versjoner av manualen har blitt. Et eksempel er verktøyet *Structured Clinical Interview for DSM Axis I Disorders (SCID I)*. Dette verktøyet, eller psykometriske instrumentet, som det også kalles, er basert på DSM, som er den amerikanske diagnosemanualen. I Europa har imidlertid de fleste land forpliktet seg til WHO's *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)*, og ikke DSM. Men SCID også hyppig i Europa. I Norge, hvor ICD er diagnosesystemet som brukes, er SCID et av de mest hyppig etterspurte diagnoseverktøy fra myndighetenes ressursbank, helsebiblioteket, og også anbefalt brukt av myndighetene (Helsebiblioteket, 2015).

Veien fram til DSM-III og den revolusjonen som den sies å innebære gikk parallelt med den anti-psykiatriske bevegelsen. Tidlig på 1960-tallet startet et møysommelig arbeid med å finne fram til mer pålitelige diagnosemetoder for å møte kritikken. I 1964 publiserte en gruppe unge psykiatere, psykologer og biometriker en artikkel med et klart ønske om å komme fram til mer robuste diagnoser (Spitzer et al., 1964). Hovedmålet var å finne fram til måter å stille diagnoser på som "focus on observable behavior only, and do not make any reference to unconscious processes." (Spitzer et al., 1964, 386). Like mye som et svar til anti-psykiatribevegelsen startet arbeidet med en kritikk av den psykoanalytisk dominerte

psykiatrien. Veien fram til en pålitelig diagnosemanual og verktøy måtte gås, ikke gjennom ubevissthetens usynlige bevegelser, men også gjennom observasjonen. Psykiatrien måtte endelig få sitt medisinske blikk.

Denne artikkelen har to deler. Jeg vil først vise hvordan grunnlaget for revolusjonen ble lagt og hvilke epistemologiske og ontologiske prinsipper det støtter seg på. Dernest vil jeg vise bruken av diagnoseverktøyet SCID i praksis. Her gir diagnostiseringen av masseorderen Anders Behring Breivik et godt grunnlag, ettersom det foreligger to testinger av Breivik med SCID, gjennom to forskjellige team av psykiatere. Metodologisk støtter jeg meg til prinsippet i vitenskapsstudier om å gå til konfliktens kjerne (Dahl, 1996; Latour, 1987; Nelkin, 2001) for å se hvordan forskjellige kunnskapsregimer spiller seg ut mot hverandre. Et annet viktig metodisk prinsipp er å studere epistemologien i praksis, det vil si, ikke se på de uttalte kunnskapsteoretiske posisjoner eller på det som Latour har kalt "ready-made science", men gjennom en nærløsning av sentrale vitenskapelige publikasjon og analyse av praksis (Dahl, 2004).

## En grammatikk av tall

Førsteforfatteren til artikkelen i 1964, hvor det ble argumentert for å fokusere på det observerbare, var Robert L. Spitzer. Spitzer ble i 1974 satt til å lede "Task Force on Nomenclature and Statistics" som den amerikanske psykiatriforeningen, "American Psychiatric Association" (APA) nedsatte for å reformere DSM-II. Spitzer er den mest sentrale personen for utviklingen av DSM-III. Spitzer var også den som dro i gang arbeidet med å utvikle SCID. Historikeren Hanna Decker har sagt at Spitzer "ended up turning American psychiatry in a new direction via a drastically revised nosology... Spitzer ended up bringing psychiatry into a new dimension" (Decker, 2013, 83).

Spitzer og hans kolleger, som vi så i artikkelen fra 1964, ønsket at det observerbare skulle få primat. Men hvordan vite hvilken sykdom som åpenbarte seg gjennom det som kunne observeres? Skulle det medisinske blikket råde også i psykiatrien, måtte det, som i somatikken, utvikles en botanikk av symptomer. I stedet for å gå inn i den klassiske måten å gjøre dette på, med å diskutere hvilke sykdommer forskjellige tegn og symptomer viste til, altså en diskusjon som siden Kreapelins dager har basert seg på kliniske observasjoner, satte Spitzer tegnene inn i en analytisk ramme. Spitzer og hans kolleger har blitt kritisert for å ikke skjønne forskjellen på symptomer og tegn (Boyle, 2002). I denne sammenhengen

er ikke denne forskjellen vesentlig. Det vesentlige var at de ville omforme "clinical judgements of pathological behavior into quantitative terms" (Spitzer et al., 1964, 394). Med andre ord: Tegnene og/eller symptomene ble kvantifisert og derigjennom kunne de behandles matematisk.

Grunnlaget for botanikken, forstått som hvilke tegn eller symptomer som viste til bestemte sykdommer, var statistiske analyser. Gjennom en såkalt faktoranalyse av tallmaterialet som var samlet inn blant 11 psykiatere og 67 pasienter om sykdomshenvisende tegn, kunne Spitzer og kolleger differensiere mellom "the major dimensions of mental status", altså finne selve hovedmønsteret for botanikken. Videre kunne faktoranalysen bidra til å definere mønstre innenfor hovedmønsteret, med å finne ut hvilke tegn som rent statistisk kunne grupperes sammen. Derigjennom kunne spesifikke sykdommer spesifiseres som sykdommer med observerbare forhold som statistisk var sammenfallende.

Spitzers med kolleger kunne med hjelp av statistikk gjøre koblinger mellom bestemte tegn og symptomer og bestemte sykdommer. Men det var et problem med at veien til denne botanikken ikke gikk direkte fra tegnene eller symptomene, men via psykiaternes observasjoner av tegn og kobling av tegn til sykdom. Hvordan kunne man være sikker på at det som de statistiske analysene viste som pålitelige tegn også var gyldige tegn, at de var et tegn på sykdom? Kunne det ikke være, som Rosenhan skulle vise og hevde, at koblingen mellom tegn og sykdom var "only in the minds of the observers"?

Spitzers løsning på dette problemet gikk også ad statistisk vei. Sammen med den nå kjente statistikeren Jacob Cohen, blant annet kjent for effektmålet Cohens  $d$ , utviklet han et mål for "kvantifisering av enighet"; kappas. Med bruk av Kappa kunne Spitzer og kolleger finne fram til hvilke tegn som psykiaterne var enige om korresponderte med en bestemt sykdom (Spitzer et al., 1967).

Grunnlaget for koblingen mellom sykdom og tegn var altså at psykiatere kunne være enige om at tegnene viste til en sykdom. Men kunne det ikke være, som Rosenhan hevdet, at disse sykdommer ikke bare var å finne i forestillinger til enkeltpsykiatere, men hos hele profesjonen? At sykdom var noe psykiaterne var enige om var sykdom? Spitzer var i følge Decker mest fornøyd med den artikkelen han skrev som tilsvar til Rosenhans Science-publikasjon, hvor han nettopp gikk i rette mot en slik forståelse (Decker, 2013, 103). Spitzer anklaget Rosenhan for ikke å skjønne elementære prinsipper for reliabilitet som ble undervist i "elementary psychology courses" (Spitzer, 1975, 448). Hovedpoenget til Spitzer var at Rosenhans pasienter ikke var syke: Hvordan skulle en slik gruppe kunne si noe om reliabiliteten til diagnoser som var satt til "individuals seeking help"? Hvor godt

diagnosesystemet er, kunne bare vurderes ut fra en populasjon med syke, ikke ut fra "a population of pseudopatients" (Spitzer, 1975, 448). Rosenhans kritikk manglet gyldighet; han hadde ikke testet om diagnosekriteriene fungerte på virkelig syke.

Om Spitzer var oppdatert på elementære prinsipper om reliabilitet, så var han ikke like skolert når det gjaldt spørsmålet om validitet. Til grunn for hele resonnementet til Spitzer ligger en forståelse av at sykdommen virkelig finnes. De syke er syke. Det grunnleggende postulatet til Szasz om at det ikke finnes psykiske sykdommer, ble ikke tatt opp til drøfting. Som psykometriker var Spitzer primært opptatt av reliabilitet, ikke av validitet. Her måtte han imidlertid innrømme, som en delvis støtte til Rosenhan og hans påvisning av at psykiatere ikke klarte å stille gyldige diagnoser, at "there is a hitch to a definite diagnosis of schizophrenia" (Spitzer, 1975, 446).

Uavhengig av validitet, var ikke reliabiliteten ennå på plass i 1975, men den skulle sikres gjennom mer omfattende innsamlinger av data. Fram til DSM-III endelig var på plass, ble det gjennomført flere store datainnsamlingsprosjekt. Metodikken var den samme: Teste ut faktorstruktur og sjekke for intern enighet blant psykiatere. Spitzer kunne til slutt si: "It is particularly encouraging that the reliability for such categories as schizophrenia and major affective disorders is so high" (Spitzer et al., 1979, 817).

Men hvor gyldig er en slik diagnose? Finnes det en sykdom som kan kalles schizofreni? Som psykometriker forstod Spitzer utlukkende spørsmålet om gyldighet med tanke på at den samme botanikken av tegn måtte finnes i flere kulturer. "Botanikken" ble testet ut ikke bare i USA, men også i Europa (Hyer et al., 1982; Spitzer et al., 1990; Spitzer et al., 1979; Spitzer et al., 1989). Det at man finner den samme strukturen i forskjellige land blant forskjellige psykiatere, sier imidlertid ikke noe om eksistensen av en sykdom. Mary Boyle har i en historisk gjennomgang av schizofreni, med start i Kreapelins "dementia praecox", spurt om ikke sykdommen er et resultat av en vitenskapelig vrangforestilling (Boyle, 2002). I alle fall er det i følge Boyle ikke grunnlag for å gå lenger enn å kalle schizofreni for et hypotetisk konstrukt, siden det er "inferred from a pattern, a set of regularities which conform to a syndrome (i.e. a meaningful cluster of signs and symptoms)" (Boyle, 2002, 14). Gyldighetsvurderingene til Spitzer og kolleger gir ikke svar på spørsmålet om sykdommens eksistens. Det de gjør er å styrke hypotesen.



# Schizofreni

DSM-III ga ikke noe svar på spørsmålet om psykiske lidelsers eksistens. Den stilte ikke engang spørsmålet. Dens styrke bestod i, gjennom mange og svært omfattende studier, å kartlegge hvilke observerbare symptomer og tegn som kunne knyttes til det psykiatere var enige om kunne knyttes til sykdommen. Det er verd å merke seg at testingen gikk på om symptomer og tegn kunne sies å være uttrykk for det samme fenomen. Den statistiske testingen og faktoranalysen representerte en rydding av landskapet av tegn og symptomer. Utgangspunktet var imidlertid, som allerede framhevet, at psykiaterne mente at sykdommen eksisterte. For å gjennomføre kvantifiseringen og testingen, måtte det allerede være definert en kobling mellom sykdom og tegn.

Når det gjelder schizofreni, resulterte ryddingen av landskapet i følgende botanikk som sa at pasienten var schizofren dersom: "Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a one-month period (or less if successfully treated): (1) delusions (2) hallucinations (3) disorganized speech (e.g. frequent derailment or incoherence) (4) grossly disorganized or catatonic behavior (5) negative symptoms, i.e. affective flattening, alogia, or avolition" (First et al., 1997, 29).

Denne definisjonen av schizofreni finnes i senere versjoner av DSM og det er den som ligger til grunn for diagnoseverktøyet SCID. Pasienten kan sies å lide av schizofreni dersom to av fem forskjellige observerbare trekk ved pasienten er tilstede. Disse fem trekkene eller tegnene har Spitzer og kolleger prøvd ut statistisk, og kunne derigjennom konkludere med å ha funnet en reliabilitet som var "encouraging".

Det er forunderlig at Spitzer og kolleger ble stående med dette. Det hadde ikke vært vanskelig å gjennomføre ytterligere statistiske analyser for å se på hvor mye større sannsynligheten for å stille riktig diagnose hadde vært dersom man hadde økt kravet til "tre av fem". Denne type sannsynlighetsanalyser har aldri blitt gjennomført. Det skyldes antakelig at selv om Spitzer og kolleger benytter seg av statistikk, så var det helt fjernt for dem å betrakte diagnoser i form av sannsynlighet. Den grunnleggende antakelsen er eksistens av sykdommen. Da stilles det ikke spørsmål om hvor sannsynlig det er at det er en sykdom tilstede. Det avgjørende var å finne et godt måleapparat. Når måleapparatet sier sykdom, så konkluderes det med sykdom, ikke sannsynlighet av sykdom. Spitzer og kolleger opererer i en verden med objektivt eksisterende entiteter, hvor sannsynlighet er erstattet med eksistens.



Spitzer og kolleger kunne imidlertid ikke selv konstruere sykdommer. Utgangspunktet for analysen måtte være en allerede etablert kobling mellom tegn og sykdom. Hvor kommer dette "to av fem" fra? Spitzer pekte selv hvor de kom fra: De kan spores tilbake til de såkalte Feighner-kriteria for sinnssykdom (Spitzer, 1975, 450). Disse kriteriene var basert på en artikkel av John P. Feighner med kolleger, publisert i 1972.

Feighner, som Spitzer, var opptatt av å styrke diagnosene innen psykiatrien og var kritisk til den psykoanalytiske tilnærmingen. Også han, som Spitzer, forsøkte å finne sammenheng mellom tegnene. Studier av familiestrukturer og arv indikerte at man hadde med "a valid entity" å gjøre når det gjaldt schizofreni (Feighner et al., 1972, 58). Til forskjell fra Spitzer, diskuterte Feighner eksistensen av sykdommen. Hans konklusjon var at den fantes. Dette baserte Spitzer seg på.

Listen over tegn som indikerte schizofreni i Feighners arbeid var lang og kompleks. Da Feighner publiserte arbeidet, ble det latterliggjort og referert til som en "kinesisk meny" (Decker, 2013, 59). Med Spitzers faktor-analyse og Kappa ble denne listen betraktelig kortere, til de fem kriterier nevnt ovenfor. Den statistiske analysen beholdt imidlertid "at least two of the following" (Feighner et al., 1972, 59).

## Diagnoseverktøyet i bruk

Diagnosekriteriene som diagnoseverktøyet SCID bygger på er, som beskrevet over, framkommet gjennom statistiske analyser som fant statistiske sammenhenger mellom forskjellige tegn og statistiske analyser av grad av enighet mellom psykiatere om at tegnene kunne kobles til sykdom. Epistemologien var basert på observasjon og ontologien på psykiateres kobling av sykdom og tegn. Som sagt har denne transformasjonen blitt kalt en revolusjon, og den sies å ha styrket psykiatriens evne til å stille diagnoser. Men hvor god er denne evnen? Og i hvor stor grad er et diagnoseverktøy som SCID et godt hjelpemiddel?

Saken mot masseorderen Anders Behring Breivik representerer her et interessant case. SCID ble der brukt to ganger av to forskjellige ekspertteam som ledd i å sette diagnosen. Domstolen som skulle behandle saken mot masseorderen Anders Behring Breivik forlangte en psykiatrisk undersøkelse av ham: Var Breivik syk da han gjennomførte drap av 77 mennesker? Kunne han betraktes som tilregnelig?

De to erfarne psykiaterne, også i rettspsykiatrisk sammenheng, Torgeir Husby og Synne Sørheim, fikk oppdraget med å gjennomføre undersøkelsen av Breivik. De ga Breivik diagnosen "paranoid schizofreni". Breivik var syk og hadde vært syk under den kriminelle handlingen. I norsk rettslovgivning ville dette bety at Breivik ikke kunne stilles til ansvar for handlingene og dermed ikke dømmes.

Naturlig nok vakte en slik konklusjon en voldsom protest fra mange hold. Protestene var så voldsomme at retten gikk til det helt uvanlige skritt å kreve nok en psykiatrisk undersøkelse. To like erfarne psykiatere som Husby og Sørheim; Terje Tørrissen og Agnar Aspaas, ble oppnevnt til denne oppgaven. Til forskjell fra Husby og Sørheim, var deres konklusjon at Breivik ikke led av noen sykdom. Han hadde riktignok noen avvikende personlighetstrekk, men han måtte betraktes som frisk, også mentalt. Han kunne dermed stilles til ansvar for handlingene.

I rapportene fra de ekspertteamene er det tydelig, spesielt når det gjelder Husby og Sørheims konklusjon, at SCID var medbestemmende for den endelige diagnosen, for ikke å si avgjørende. Psykiatriske erklæringer er unndratt offentlighet, hovedsakelig for å beskytte den tiltalte. Det er nok et ikke helt uvesentlig argument at den også beskytter psykiaterne. Det er ikke mulig for utenforstående å gjøre seg en vurdering av grunnlaget for en eventuell diagnose. I Breiviks tilfelle ble erklæringene gjort offentlig gjennom sivil ulydighet av avisen VG. Begrunnelsen var at spørsmålet om Breiviks mentale tilstand var av så stor offentlig interesse at den forsvarte offentliggjøring. De deler av erklæringene som omhandlet Breiviks nærmeste var imidlertid sladdet<sup>1</sup>.

SCID er et strukturert intervju. Den som skal diagnostiseres intervjues og intervjuerne gjør notater og krysser av i et standardisert skjema. Psykiaterne som undersøkte Breivik kaller med rette SCID et "psykometrisk instrument", selv om det i navnet høres ut til å være et intervju. Utviklerne av instrumentet er tydelige på at de "diagnostic algorithms" er integrert i strukturen til intervjuet (Spitzer et al., 1992, 625). Algoritmene er å finne i DSM og algoritmen for schizofreni er den samme som den jeg har sitert ovenfor. Det innebærer et "cut-point" på to. Dersom to av kriteriene er tilstede, kan det altså konkluderes med schizofreni.

Husby og Sørheim fant at Breivik tilfredsstilte fire av de fem kriteriene. Instrumentet ga et klart signal om at diagnosen "schizofreni" ville være riktig. Tørrissen og Aspaas, derimot, fant ingen av kriteriene tilfredsstilt. Breivik var ikke engang i nærheten av cut-point på 2. I tabellen nedenfor har jeg summert resultatene til de to parene.

(Husby & Sørheim, 2011, 210-212)		(Tørrissen & Aspaas, 2012, 217-222)
Vrangforestillinger	Inkludert	Ikke inkludert
Hallusinasjoner	Ikke inkludert	Ikke inkludert
Usammenhengende tale	Inkludert	Ikke inkludert
Uorganisert oppførsel	Inkludert	Ikke inkludert
Negative symptomer	Inkludert	Ikke inkludert

Tabell 1: Resultater fra SCID for de fem diagnosekriteriene for schizofreni

Det må bemerkes at de oppnevnte psykiaterparene ikke benytter seg helt av de samme begrepene når de omtaler resultatene fra SCID. Analysen av resultatene er også forskjellig, i det Husby og Sørheim raskt konkluderer mens Tørrissen og Aspaas drøfter resultatene mer omfattende. Husby og Sørheim bruker bare knappe to sider på SCID, mens Tørrissen og Aspaas diskuterer "funnene" over fem sider.

Disse forskjellene forklarer likevel ikke hvorfor verktøyet ga to så forskjellige utslag. Hovedforklaringen ligger i tolkningen av tegnene. Spørsmålet om sykdommens eksistens var ikke et diskusjonstema tema hos Spitzer og kolleger. I arbeidene deres var det heller ikke noe spørsmålet om tolkning av tegn. SCID sier intet om at det observerte kan tolkes på forskjellige måter.

Bruken av SCID av de to psykiaterparene kan inngå i en lærebok i semiotikk: De tolket tegnene helt forskjellige. Begrepet vrangforestilling, som Husby og Sørheim mente var observerbart hos Breivik, er i DSM og SCID delt opp i en rekke forskjellige typer vrangforestillinger. I tolkningen av om disse vrangforestillinger var til stede eller ikke, ser vi tydelig hvor forskjellig de to parene leste tegnene. For eksempel tolket Husby og Sørheim Breiviks utsagn om å "være truet på livet av Arbeiderpartiets politikk" som et uttrykk for forfølgelsesvanvidd. Tørrissen og Aspaas derimot leste forfølgelsesvanvidd opp mot spørsmålet om å være redd for å bli tatt av politiet. Tørrissen og Aspaas tolket denne redselen som "naturlig", siden han tross alt var i ferd med å planlegge en kriminell handling.

I den 43-dager lange rettsaken, hvor en stor del var viet spørsmålet om Breiviks mentale status, er det påfallende at ingen av psykiaterparene stilte spørsmål om sin egen diagnose. Det ene paret holdt fast på at Breivik var schizofren mens det andre gjorde det motsatte. Ingen av parene beveget seg inn i et landskap hvor man

ikke snakker om eksistens eller ikke, men om sannsynlighet. Når diagnosen er stilt, så er sykdommen der. Basta.

I norsk sammenheng er det så å si umulig å få forandret en diagnose som en gang er satt (Vatnaland, 2010). Det ble derfor retten som måtte vurdere grunnlaget for diagnosen. Den sa: "Retten mener den diagnostiske uenigheten i hovedsak skyldes ulike tolkninger av likeartede observasjoner" (Oslo Tingrett, 2012, 69) og den måtte derfor selv gjøre vurdering av hvilken tolkning som var mest pålitelig: "Det om skiller de sakkyndige Husbys og Sørheims diagnostiske tolkninger fra de øvrige, er først og fremst deres unnlattelse av å vurdere tiltaltes ekstreme uttalelser og begrepsbruk i lys av den høyreekstremistiske subkultur han hevder å være en del av" (Oslo Tingrett, 2012, 69). Husby og Sørheim hadde rett og slett ikke satt de tegn og utsagn de fant hos Breivik inn i en større kontekst, og vurderte ikke det eventuelle politiske landskapet Breivik befant seg innenfor og mulige former for politisk aktivisme der. Retten hadde tydeliggjort denne konteksten ved å innhente en rekke eksperter, ikke bare innenfor psykiatri, men også innenfor terrorisme, høyreekstremisme og diverse subkulturer. Tørrissen og Aspaas hadde derimot en viss kjennskap til disse forhold og analyserte tegnene og utsagn i lys av det. Husby og Sørheim hadde vært tro mot Spitzer og kollegaers programmerklæring om å fokusere på det "observable only". Retten tydeliggjorde imidlertid at dette ikke var tilstrekkelig. Jeg vil tilføye at denne tilliten til det direkte observerbare impliserer en naiv kunnskapsteoretisk tilnærming. Hvis vi skal snakke om mangel på kjennskap til det som sies i introduksjonsbøker, slik Spitzer gjorde når han kritiserte Rosenhan, viser en slik tiltro til det observerbare en mangel på innsikt i grunnleggende vitenskapsteori (Chalmers, 1982).

## Sykdom i en økologisk nisje

DSM-III og påfølgende diagnoseverktøy ble utviklet med flere grunnleggende antakelser: 1) Det eksisterer bestemte mentale sykdommer, 2) disse sykdommer åpenbarer seg gjennom symptomer og tegn og 3) tegn og symptomer kan grupperes slik at de kan, med en bestemt antall forekomster, gi grunnlag for en diagnose.

Ut fra disse antakelsene bygget Spitzer med flere de diagnosekriteriene som har fått gjennomslag med DSM-III, hvor det ad statistisk vei har blitt utviklet diagnostiske algoritmer. I vanlig psykiatrisk praksis vil ikke en ren algoritmisk utregning av tegn og symptomer danne grunnlag for en diagnose. En erfaren psykiater vil trekke på et bredt kunnskapsgrunnlag og mange forskjellige typer data og

observasjoner før en diagnose settes. Vi har likevel sett at slike algoritmer kan få stor betydning og være avgjørende for om psykiatere mener en person er syk eller ikke. At de får stor betydning, skyldes ikke minst at utviklerne av dem i så stor grad framholdt at de er basert på pålitelige kriterier for sykdom. Kanskje er de mer pålitelige enn andre. Spitzer var blant annet sterkt medvirkende til at homoseksualitet forsvant ut av diagnosemanualen som et diagnostisk kriterium (Philippi, 2010; Spitzer, 1973, 1981). Det viktigste argumentet til Spitzer med flere var blant annet at "A significant proportion of homosexuals ... show no significant signs of manifest psychopathology" (Stoller et al., 1973, 1215)

Som bruken av SCID på Breivik illustrer, gir likevel ikke eventuelle tegn, dersom de finnes, svaret i seg selv. Men hvis vi ikke kan forholde oss til tegn, er det da slik at den anti-psykiatriske bevegelsen hadde rett, at tanken om mentale lidelser som sykdom bare var en myte? Må vi forkaste grunnantakelse 1)?

Helt siden Hippokrates og sikkert enda tidligere har vi kategorisert som sykdom noe som ikke viser seg gjennom noen synlige fysiske tegn, bare gjennom avvikende oppførsel eller ufornuftig tale. Mental sykdom viser seg gjennom avvik fra en normal. Men normalen er, som anti-psykiatribevegelsen og også Foucault påpekte, en kulturell, sosial og økonomisk normal. Den er ikke en absolutt rettesnor. Det går likevel an å forholde seg til en normal på en mindre absolutt måte. Ian Hacking har introdusert begrepet "økologisk nisje" som en ramme for å håndtere sykdommer hvor det ikke er en direkte kobling mellom "hvor har du vondt?" og sykdommen. En økologisk nisje innebærer å "think life in all its rich bio-complexity" (Hacking, 1998, 82). Bio er ikke bare biologi, men rett og slett liv. Man kan ikke se sykdommen uavhengig av den konteksten individet står i. Domstolen som dømte Breivik gjorde sin diagnose med en slik økologisk nisje for øyet. Den vurderte Breivik ikke bare ut fra de direkte observasjonene, men satte disse inn i en kontekst. Det hadde ikke Husby og Sørheim gjort. Det forhindrer selvsagt ikke at Husby og Sørheim kan ha hatt rett, noe de hevdet hele tiden, også etter at domstolen tydeliggjorde den økologiske nisjen. Men sannsynligheten for at de hadde rett, i hvert fall hvis vi skal ta høyde for alle de andre ekspertenes vurderinger, er nok mindre enn at Tørrissen og Aspaas hadde rett.

I en økologisk nisje er det ikke bare psykiatrien eller psykiatere som kan sette en diagnose. Det trengs, som saken mot Breivik viser, også andre typer ekspertise og kunnskap for å vurdere mental sykdom. Kan vi da klare oss uten psykiatrien og psykiaterne? Skal vi forkaste grunnantakelsene? Nei. Problemet er ikke grunnantakelsene, men den ontologiske forståelsen som opererer med sykdom som absolutt og ikke tillater seg til å vise usikkerhet og som heller ikke viser noen

forståelse for sannsynlighet. For det er sannsynlighet som ligger til grunn for hele DSM og SCID: Det er sannsynlig at det finnes mentale sykdommer, det er sannsynlig at det kan kobles bestemte tegn og symptomer til sykdommen og det er også sannsynlig at bestemte forekomster av tegn indikerer en sykdom. Bak faktoranalysen og Kappa ligger sannsynlighetsberegninger. Grunnlaget for DSM-III-revolusjonen var sannsynlighetsberegninger. Revolusjonen innebar imidlertid en transformasjon av denne sannsynligheten til et spørsmål om eksistens eller ikke, et sprang fra én ontologi til en annen.

Hva med psykiaterne? Kan vi klare oss uten dem? Spitzer måtte selv stille seg det spørsmålet: "Are clinicians still necessary?" (Spitzer, 1983). Spitzer mente til syvende og sist at dette måtte psykiaterne selv gi svaret på. Det mener jeg bare delvis er riktig. Det er ikke et spørsmål om psykiatri eller ikke, slik anti-psykiatri-bevegelsen stilte spørsmålet. Det er heller et spørsmål om hvilken psykiatri. Det er klart at det er psykiatere som er best i stand til å sette diagnosen. Det er tross alt de som kjenner botanikken og grammatikken. Det er heller ikke DMS eller SCID i seg selv som er problemet. Problemet oppstår når psykiatere inntar absolutte posisjoner, enten når det gjelder hva som kan regnes som pålitelig eller ikke minst når det gjelder hva som kan regnes som gyldig. Ja, det trengs psykiatere, men det krever at psykiatrien innser at det gyldige aldri er absolutt gyldig og det pålitelige aldri bør gis absolutt tillit.

## Noter

<sup>1</sup> Jeg støtter VGs offentliggjøring og mener generelt at psykiatriske erklæringer skal være offentlige. Her støtter jeg meg i hovedsak til et argument fra vitenskapsstudier om samskapt kunnskapsproduksjon som bryter med det tradisjonelle ekspertsynet som ligger til grunn for oppnevning av egne eksperter (Callon, 1999). Jeg begrenser meg imidlertid her til bare å se på bruken av SCID og til rettens vurdering av de psykiatriske erklæringene.

## Referanser

Beutler, L.E., & Malik, M.L. (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/10456-000>

- Blashfield, R.K., Keeley, J.W., Flanagan, E.H., & Miles, S.R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 10, 25-51  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A scientific delusion?* London: Routledge.
- Callon, M. (1999). The role of lay people in the production and dissemination of scientific knowledge. *Science Technology & Society*, 4, 81-94.  
<https://doi.org/10.1177/097172189900400106>
- Chalmers, A.F. (1982). *What is this thing called science? An assessment of the nature and status of science and its methods*. Milton Keynes: Open University Press.
- Dahl, T. (1996). *Ordering Nature. Environmentalism as a Cultural Phenomenon*. Trondheim: Senter for teknologi og samfunn.
- Dahl, T. (2004). Den rene diagnosen og den gamle terapien - Medisinsk praksis og medisinske fortolkningsregimer anno 1840. *Historisk tidsskrift*, 83, 613-632.
- Decker, H.S. (2013). *The making of DSM-III: a diagnostic manual's conquest of American psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Demazeux, S., & Singy, P. (2015). *The DSM-5 in perspective: Philosophical reflections on the psychiatric Babel*. Babel: Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-94-017-9765-8>
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
- First, M.B. (2010). Paradigm shifts and the development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: Past experiences and future aspirations. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 692-700.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2002). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders: SCID-I, Research Version*. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometric Research Department.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I): Clinician version*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: PUF.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris: Galimard.
- Hacking, I. (1998). *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville, Va.: University Press of Virginia.
- Helsebiblioteket (2015). *Diagnostiske verktøy for utredning av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser*. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.13-diagnostiske-verkt>, accessed 26th August, 2015.
- Hippocrates (1931). *Volume IV*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Husby, T., & Sørheim, S. (2011). *Rettspsykiatrisk erklæring*. Avgitt den 29.11.11 til Oslo tingrett i henhold til oppnevning av 28.07.2011. [http://www.vg.no/nyheter/innenriks/22-juli/psykiatrisk\\_vurdering/](http://www.vg.no/nyheter/innenriks/22-juli/psykiatrisk_vurdering/), accessed 8th Nov, 2012.
- Hyler, S.E., Williams, J.B.W., & Spitzer, R.L. (1982). Reliability in the DSM-III field trials. Interview v case summary. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1275-1278.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290110035006>



- Kincaid, H., & Sullivan, J.A. (2014). *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*: MIT Press.
- Kirk, S.A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM*. New York: A. de Gruyter.
- Kirk, S.A., & Kutchins, H. (1994). The myth of the reliability of DSM. *Journal of Mind and Behavior*.
- Latour, B. (1987). *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Nelkin, D. (2001). Science controversies: the dynamics of public disputes in the United States. In S. Jasanoff, Gerald E Markle, J.C. Peterson, & T. Pinch (Eds.), *Handbook of science and technology studies* pp. 444-456). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Oslo Tingrett (2012). *Dom. Utskrift fra lovdata*, 24.08.2012.
- Paris, J., & Phillips, J. (2013). *Making the DSM-5*: Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1>
- Philippi, D. (2010). *Not sick: The 1973-removal of homosexuality from the dsm*. <http://www.mindofmodernity.com/not-sick-the-1973-removal-of-homosexuality-from-the-dsm>, accessed 27th Nov., 2012.
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: Harper Collins.
- Rosenhan, D.L. (1973a). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-257.  
<https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
- Rosenhan, D.L. (1973b). *On being sane in insane places*. Santa Clara Law Review, 13, 379-399.  
<https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
- Sadler, J.Z. (2005). *Values and psychiatric diagnosis*: Oxford University Press.
- Skodol, A.E., & Spitzer, R.L. (1982). DSM-III: Rationale, basic concepts, and some differences from ICD-9. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 271-281.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1982.tb00306.x>
- Spitzer, R.L. (1973). A Proposal About Homosexuality and the APA Nomenclature: Homosexuality as an Irregular Form of Sexual Behavior and Sexual Orientation Disturbance as a Psychiatric Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1207-1216.
- Spitzer, R.L. (1975). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's« On being sane in insane places«. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 442-452.  
<https://doi.org/10.1037/h0077124>
- Spitzer, R.L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 138, 210-215.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.138.2.210>
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.  
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(83\)90032-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(83)90032-9)
- Spitzer, R.L., Cohen, J., Fleiss, J.L., & Endicott, J. (1967). Quantification of agreement in psychiatric diagnosis. *A new approach*. *Archives of General Psychiatry*, 17, 83-87.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730250085012>
- Spitzer, R.L., Davies, M., & Barkley, R.A. (1990). The DSM-III-R field trial of disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 690-697.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00003>

- Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., Burdock, E.I., & Hardesty, A.S. (1964). The mental status schedule: Rationale, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry*, 5, 384-395.  
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(64\)80048-1](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(64)80048-1)
- Spitzer, R.L., Forman, J.B.W., & Nee, J. (1979). DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136, 815-817.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.136.6.815>
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Kass, F., & Davies, M. (1989). National field trial of the DSM-III-R diagnostic criteria for self-defeating personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1561-1567.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1561>
- Stoller, R.J., Marmor, J., Bieber, I., Gold, R., Socarides, C.W., Green, R., et al. (1973). A symposium: should homosexuality be in the APA nomenclature? *American Journal of Psychiatry*, 130, 1207-1216.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.130.11.1207>
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row.
- Tørrissen, T., & Aspaas, A. (2012). *Rettspsykiatrisk erkæring til Oslo tingrett*. Avgitt 10.04.12 i henhold til oppnevning den av 13.01.12. [http://www.vg.no/nyheter/innenriks/22-juli/psykiatrisk\\_vurdering/](http://www.vg.no/nyheter/innenriks/22-juli/psykiatrisk_vurdering/), accessed 8th Nov, 2012.
- Vatnaland, T. (2010). *Juklerødsaken*. Vollen: Tell.
- Zachar, P. (2014). *A metaphysics of psychopathology*: MIT Press.  
<https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262027045.001.0001>