

3/11 2004

Kriteriestödd psykiatrisk diagnostik

– DSM-systemet i historiskt perspektiv

Jörgen Herlofson

Bearbetning: Eric Zander

Ursprungstexten är publicerad i *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV* av First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. (1999). (Herlofson, J., översättning och bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.

Med tack till förlaget Pilgrim Press för tillståndet att publicera denna text.

Psykiatrisk diagnostik uppfattas av många som oklar och otillförlitlig. En enkel förklaring till det är att experter inom området ofta visat sig vara oeniga i diagnostiska frågor. En annan förklaring är den uppenbara bristen på diagnostisk teknologi inom psykiatrin. Det saknas röntgenkameror och laboratorieutrustning som i många ögon borgar för tillförlitlighet. Ytterligare en förklaring är orealistiska förväntningar på diagnostiken som sådan, t ex en förhoppning att den diagnostiska processen skall leda fram till en diagnostisk sanning, till gätans lösning. Bristen på synlig struktur i det diagnostiska arbetet kan vara ännu en förklaring. Den traditionella psykiatriska diagnostiska intervjun bygger på att läkaren observerar, lyssnar och ställer frågor. Inslaget av professionell undersökning är inte lika konkret och tydligt som inom somatiken där läkaren t ex perkuterar, palperar eller auskulterar

Tillförlitligheten är emellertid inte alls så undermålig som många trott. I själva verket finns det studier som visar att interbedömarreliabiliteten vid psykiatrisk diagnostik är lika bra som vid tolkning av röntgenbilder. Vidare har reliabilitetsproblemen uppmärksamrats både tidigare och i större utsträckning inom psykiatrin än inom somatiken, och det finns en klar ambition att ytterligare förbättra situationen. Introduktionen av DSM III (APA, 1980) med dess heltäckande kriteriesystem som stöd för psykiatrisk diagnostik är en viktig milstolpe i sammanhanget. Det finns inget motsvarande system inom somatiken på den ambitionsnivån.

Det var kanske delvis på grund av att psykiatrin saknade diagnostisk teknologi som behovet av explicita kriterier för diagnostisk vägledning blev allt mer uppenbart. Det stod klart via internationella jämförande studier, att t ex en så väletablerad diagnosbeteckning som "schizofreni" saknade en allmänt omfattad definition. I brist på sådan

samordning uppstår gärna skiljaktiga uppfattningar om vad som avses med en given diagnos. Lokala synsätt (ibland mycket idiosynkratiska och personliga) utvecklas, vilket gör det svårare att föra en dialog och jämföra erfarenheter.

När behandlingsalternativen ännu var få, om ens några, krävdes ingen större precision i diagnostiken varken när det gällde antal kategorier eller hur dessa definierades, även om det antagligen kan sägas att det alltid funnits ett behov och en strävan att klassificera inom medicinen. Inom psykiatrin, eller det som skulle bli psykiatrin, var också under lång tid diagnostiken minst sagt rudimentär och användes huvudsakligen för att kategorisera människor vid folkräkningar och liknande. Som DSM-systemets tidigaste föregångare brukar den kategorisering som användes i USA 1840 för att samla in statistisk information om befolkningen nämnas; där förekom endast en kategori inom det psykiatriska området, idioti/vansinne (idiocy/insanity). Denna kategorisering följdes av ett antal andra med samma, ickekliniska syfte där fler kategorier undan för undan lades till men där definitionerna fortfarande var mycket oprecisa och flera viktiga kategorier saknades.

Efter andra världskriget blev behovet av att kategorisera psykiska störningar (mental disorders) på bredare basis större varvid den amerikanska armén utvecklade en nomenklatur som sedan kom att influera WHO's International Classification of Diseases, ICD-6 (1948) där psykiatriska störningar för första gången medtogs. Amerikanerna var dock inte nöjda med dess utformning och utvecklade därför en variant av den, DSM-I (APA, 1952) utgiven av den Amerikanska Psykiatriska Föreningen (American Psychiatric Association). Denna följdes av DSM-II (APA, 1968) som utvecklades i samverkan med WHO's ICD-8 (1965). Dessa båda tidiga versioner av DSM var de första officiella klassifikationssystem som fokuserade på klinisk användbarhet till skillnad från tidigare försök till kategoriseringar som oftast endast användes för statistiska ändamål men var ändå mycket oprecisa när det gäller definitionerna.

Bland annat i och med att fler behandlingsalternativ blev tillgängliga från och med 1950 talet, t ex olika läkemedel med mer specifika indikationer (antipsykotiska läkemedel och sedan tricykliska antidepressiva läkemedel), blev behovet av diagnostisk och terminologisk enhetlighet alltmer uppenbart inom psykiatrin. Amerikanska Psykiatriska Föreningen uppdrog i mitten av 1970 talet åt professor Robert L. Spitzer vid New York State Psychiatric Institute att med hjälp av specialistkommittéer göra den kommande DSM III-manualen kriteriebaserad.

Det var många syften som konstruktörerna hoppades uppnå genom att lansera ett heltäckande kriteriesystem. Först och främst fanns en önskan att förbättra den diagnostiska reliabiliteten. Genom att konstruera ett tillförlitligt kommunikationsverktyg hoppades man skapa förutsättningar för det. DSM systemets kriterieuppställningar utgör ett referenssystem, en plattform som underlättar dialogen mellan

olika vårdgivare och forskare. Kommunikerbarheten har med tiden visat sig vara en av de viktigaste egenskaperna hos systemet. Terminologisk enhetlighet är en förutsättning för kommunikerbarhet, och där har DSM manualen kommit att få stor betydelse som referens.

Stor vikt lades vid att skapa ett system som skulle vara användbart för både kliniker och forskare. I klinisk verksamhet finns det intresse av att öka precisionen i det diagnostiska tänkandet, såväl för att underlätta kopplingen till litteratur och forskning som för att ge ökad säkerhet åt bedömningar av enskilda personers psykiatriska problematik. Hög tillförlitlighet i den diagnostiska proceduren har ett uppenbart värde för den person som är i behov av hjälp. Forskningen å andra sidan har behov av tillförlitliga urvalsinstrument som stöd i arbetet att sammanställa diagnostiskt enhetliga grupper av patienter vars problematik man avser att studera. DSM systemet är tänkt som ett gemensamt arbetsredskap för kliniker och forskare, och även om kraven på ett sådant arbetsredskap delvis skiljer sig åt mellan dessa olika verksamhetsområden, kan man nog säga att målsättningen i stort sett har uppnåtts.

De pedagogiska ambitionerna var höga, och i uppdraget från Amerikanska Psykiatriska Föreningen ingick att ge användbarheten hög prioritet. Kriteriesystemet är inte bara tänkt som en diagnostisk referens för kliniker och forskare, utan också som en kommunikationsplattform att användas av hela den psykiatriska professionen. Om man skall kunna uppnå en sådan målsättning, får systemet emellertid inte göras svårtillgängligt för den ovane användaren eller för svårt att lära ut för experten. Man har konkretiserat den pedagogiska ambitionen på flera olika sätt, t ex genom den relativt utförliga ordlistan med definitioner av vanliga psykiatriska begrepp och termer.

En grundtanke bakom Amerikanska Psykiatriska Föreningens uppdrag till Spitzer och hans projektstab var att DSM III skulle vara användbart för psykiatrins olika yrkesutövare oavsett teoretisk grundsyn. Detta var ingen lätt uppgift för konstruktörerna, eftersom det länge rått oenighet kring etiologiska frågor inom psykiatrin. Ett sätt att hantera problemet var att göra kriterierna teorilösa vad gäller synen på störningars etiologi. Genom att grunda kriterierna i symtombeskrivningar försökte man hålla etiologidiskussionen utanför systemet.

Lösningen har en tilltalande enkelhet. Det borde finnas goda förutsättningar att nå god interbedömarreliabilitet kring symtombeskrivningar. Symtom definieras i ordlistan som "en subjektiv manifestation av ett patologiskt tillstånd". Uppgiften för den som använder DSM kriterierna som stöd i diagnostiken blir att undersöka vilka symtom patienten upplever sig besvärad av och därefter pröva dessa mot kriterierna.

DSM systemet är emellertid inte teorilöst vare sig vad gäller synen på villkoren för kunskapsinhämtandet eller vilken typ av information som tillmäts diagnostisk relevans. Systemet är starkt influerat av den empiriska, positivistiska vetenskapstradition som

dominerar inom medicinsk forskning. Klinisk verksamhet behöver dock en vidare begreppsapparat än den som används inom nutida positivistisk forskning.

Den information som samlas in och som ligger till grund för prövningen mot DSM kriterierna representerar en medvetet begränsad del av den diagnostiskt relevanta informationen. För att undvika onödiga missförstånd kan det därför vara bra att tala om symtomdiagnoser respektive kliniska diagnoser.

En symtomdiagnos bygger på en begränsad mängd information: symtombild och förloppsbeskrivning inom definierade tidsramar (t ex depressiva symtom under minst två veckors tid).

En klinisk diagnos bygger på ett avsevärt större informationsmaterial: symtombild, fullständig förloppsbeskrivning, aktuella omständigheter, bakgrundsanamnes, relationsanamnes, etiologisk diskussion, data från psykologiska tester och laboratorieundersökningar, upprepade bedömningssamtal etc.

Dessa två diagnostiska perspektiv kompletterar varandra på ett meningsfullt sätt. En styrka i symtomdiagnostiken ligger i möjligheterna att få god interbedömarreliabilitet genom att konstruera symtomdeskriptiva och lättanvända kriterier. Kritiker har emellertid påpekat att man då riskerar att offra validiteten för reliabilitetens skull. Genom att förenkla diagnostiken till att bygga på symtombilder kan man öka reliabiliteten men samtidigt urholkas innehållet i diagnoserna, dvs innehållsvaliditeten.

Kritiken är befogad, men detta behöver inte utgöra någon avgörande invändning, under förutsättning att man inte tror att klinisk diagnostik kan ersättas av symtomdiagnostik. Redan i förordet till huvudmanualen för DSM-systemet betonas emellertid mycket klart att det informationsmaterial som räcker för en DSM diagnos inte alls är tillräckligt som underlag för att planera en behandling. Därför kan en klinisk diagnostisk utredning aldrig ersättas av en DSM diagnos.

DSM systemet har emellertid en god procedurvaliditet. Kriterierna särskiljer olika diagnoser från varandra på ett tillförlitligt sätt. Systemet är helt enkelt pricksäkert. Detta är en avgörande poäng. För det mesta kommer således den DSM diagnos som noteras relativt tidigt i kontakten på grundval av den aktuella symtombilden att kvarstå även efter ingående klinisk utredning. En viktig fördel man uppnår genom att stödja sig på symtomkriterierna och fastställa DSM diagnos i ett tidigt skede av en kontakt är att man snabbt kommer in på rätt spår. Detta ligger naturligtvis också i den enskilde patientens intresse.

Via DSM kriterierna får användaren tillgång till aktuell konsensus hos ledande diagnostisk expertis inom respektive område. Vid det här laget har mer än 20 år förflutit sedan DSM kriterierna började komma i bruk. Systemet är såväl vetenskapligt

som kliniskt väl utprovat och har modifierats i flera omgångar. Inför revisionen till DSM IV gjordes en genomgång av bokstavligen talat alla publicerade vetenskapliga arbeten av betydelse i sammanhanget (och även ett antal opublicerade arbeten). I den senaste revisionen, DSM-IV-TR (APA, 2000), daterades framställningarna upp genom en lika grundlig genomgång av den senaste litteraturen. Denna revision ledde också fram till några smärre kriteriejusteringar, bland annat när det gäller diagnosen Genomgripande störning i utvecklingen UNS (utan närmare specifikation), 299.80, som ibland också benämns autismliknande tillstånd. Kriterierna skärptes något i och med att det numera krävs nedsatt förmåga till ömsesidig social interaktion i förening med nedsatt förmåga till verbal och ickeverbal kommunikation eller stereotypa beteenden, intressen och aktiviteter till skillnad från DSM-IV (APA, 1994) där det var tillräckligt att uppvisa symtom inom endast en, och då vilken som helst, av de tre grupperna.

DSM-systemets funktion att utgöra en länk mellan forskning och kliniskt arbete har en betydelse som kanske inte uppmärksammats fullt ut. Specialisten i psykiatri förväntas arbeta självständigt och i stor utsträckning själv ansvara för att hålla sig informerad om kunskapsutvecklingen och de senaste rönen inom forskningen. Att läsa tidskrifter, forskningsrapporter och nyutkommen litteratur tar tid och kraft, och det är av största vikt att denna överföring av kunskap från forskningen och den akademiska världen inte förfelas på grund av oklarheter i ett så centralt avseende som diagnostiken. Om en behandlingsmetod utprovats mot en grupp patienter vars problematik motiverat samma diagnos, måste den som vill pröva metodiken veta att han tillämpar den på samma typ av problematik. Detta är en av många anledningar till att den diagnostiska reliabiliteten är så viktig. Därför är också ambitionen att utforma DSM systemet som en gemensam plattform för klinik och forskning mycket angelägen.

Theodore Millon, en av de mest framträdande personerna i projektledningen för arbetet med att skapa DSM III, har sagt att det allra viktigaste inte var exakt hur kriterierna kom att lyda utan snarare att man tog fram kriterier. Själva förekomsten av ett genomarbetat kriteriesystem var det viktiga. Kriterierna i sig representerar inte sanningar utan konsensus om hur man bäst beskriver symtombilden vid de olika psykiska störningarna. Avsikten var att genom återkommande revisioner uppdatera kriteriesystemet så att det hela tiden återspeglar de mest aktuella uppfattningarna.

När DSM III introducerades väcktes en intensiv debatt och en hel del kritik kom till uttryck. Erfarna psykiatriker kände oro för att den kliniska diagnostiken skulle utarmas till att enbart omfatta symtomdiagnostik. DSM III kunde felaktigt uppfattas som ett redskap som erbjöd en enkel lösning på ett komplicerat problem. Somliga befarade att psykiatrin skulle framstå som livlös och teknisk om DSM systemet blev en del av vardagsarbetet. Andra tyckte att symtomproblematiken fick alltför mycket uppmärksamhet genom DSM kriterierna. Många kände oro för att det symtomdeskriptiva

perspektivet skulle leda till att patienterna sågs som föremål att undersöka snarare än som levande människor att försöka förstå.

DSM systemet har vunnit stor spridning och väckt diskussion också i Sverige. Fickutgåvan till DSM III , som publicerades i svensk översättning 1984, såldes i 6 000 exemplar, medan motsvarande fickutgåva till DSM III-R , publicerad på svenska 1989, såldes i 13 000 exemplar. Fickutgåvan av DSM-IV, som kom på svenska 1995, har sedan dess sålts i över 25 000 exemplar.

Sedan 1986 har jag personligen hållit mer än 250 heldagsutbildningar i Sverige om systemet. Jag har ställts inför ett antal återkommande synpunkter och frågor, som på olika sätt illustrerar hur arbetssättet har uppfattats av dem som arbetar i den psykiatriska vardagen. Den kanske viktigaste erfarenheten jag gjort är, att de svårigheter som uppstår i arbetet med DSM systemet inte så mycket ligger i själva tillvägagångssättet som i vad det betyder att använda sig av kriteriestöd för diagnostiken. Det är inte svårt att förstå hur man gör det, men det är betydligt svårare att förstå vad man gör.

Många har haft förväntningar på DSM systemet som ett slags facit för det diagnostiska arbetet. Det vore en lättnad om det gick att avbörda sig delar av ansvaret för bedömningen och referera till någon yttre måttstock, ungefär som man i somatiken kan referera till röntgen eller laboratorieundersökningar. DSM är helt klart tänkt som stöd och vägledning i det diagnostiska arbetet, men det är alltid användaren som har ansvaret för bedömningarna. Det är inte systemet som ställer diagnoser, det gör användaren.

Många är väldigt upptagna av temat "rätt" och "fel" i diagnostiken. Kan DSM hjälpa oss att ställa "rätt" diagnos är det bra, annars har vi inte så stor nytta av systemet. Man kan undra över hur meningsfullt det är att uttrycka saken i dessa termer. Det är ändå förhållandevis sällan som man hamnar i sådana dikotoma beslutssituationer. För det mesta är klinisk psykiatrisk diagnostik så komplex att man hellre bör tala om mer eller mindre rimliga eller vettiga diagnostiska formuleringar. I denna komplexitet har DSM systemet en stödande och vägledande funktion inom symtomdiagnostikens område.

Man skulle kunna kalla DSM för ett informationshanteringssystem, ett slags symtom-sorteringsinstrument, som mekaniskt hanterar det som användaren bedömer vara signifikanta symtom. Den diagnostiska intervjun innebär att bedömaren samlar in pusselbitar till ett stort symtompussel. DSM tillhandahåller en metod för att sortera ihop pusselbitar till kända kliniska syndrom. Patientens symtombild kan ofta motivera flera olika diagnoser. Arbetet med symtompusslet är inte klart förrän alla de lösa bitarna på bordet sorterats in under någon diagnosrubrik.

Många har påpekat att DSM systemet är pseudoexakt. Det ser väldigt precist ut, med sina strukturerade kriterier, men egentligen har man bara förskjutit osäkerheten i bedömningarna ner till nivån för enskilda symtom. Användaren måste för vart och ett av kriterierna ta ställning till om patientens symtom når klinisk signifikans så att kriteriet kan anses uppfyllt. I detta sammanhang finns det litteratur som kan komma väl till pass, t ex Handbok för bruk av SCID (First et al., 1999, svensk översättning och bearbetning av J. Herlofson) och olika Case books (t ex Spitzer et al., 2002). Kriterium för kriterium granskas och kommenteras med avseende på vad som anses tillräckligt för att ett symtom skall sägas vara klinisk signifikant.

Systemet är till hela sin uppbyggnad mycket enkelt och praktiskt tänkt. Ett grundsyfte var att komplettera den kliniska diagnostiken, som gärna utmärks av komplexitet och svårkommunicerad metodik, med en tydlig och enkel procedur för symtomdiagnostik. Ett annat grundsyfte var att säkerställa att den kliniska helhetsbilden uppmärksammas fullt ut. Därför gjorde man systemet multiaxialt, omfattande fem axlar som redovisas var för sig.

DSM systemets fem axlar representerar en tämligen elementär diagnostisk helhetsbild. Var och en av axlarna står för en grundläggande klinisk frågeställning: Vilka symtom har fört patienten till psykiatrin just nu (axel I)? Hur ser patientens generella mönster av upplevelser och beteenden ut i jämförelse med vad som allmänt sett förväntas inom patientens sociokulturella miljö (axel II)? Finns det någon kroppslig ohälsa som måste uppmärksammas (axel III)? Har det hänt något påfrestande i patientens liv i samband med att besvären började (axel IV)? Hur besvärligt är det just nu, hur fungerar patienten just nu (axel V)?

Genomgripande störningar i utvecklingen noteras av delvis oklara skäl på axel I och kommer att göra det även fortsättningsvis. Det korta avsnittet om mental retardation eller utvecklingsstörning noteras dock på axel II.

Autismspektrumstörningar och utvecklingsstörningar noteras av delvis oklara skäl på axel I respektive axel II och kommer att göra det även fortsättningsvis.

Förhållandet mellan DSM och ICD

Svensk sjukvård ansluter sig officiellt till WHO:s klassifikationssystem för sjukdomar, och psykiatriska diagnoser såväl som andra diagnoser registreras därför med ICD-koder (ICD = International Classification of Diseases). Vägledande anvisningar till ICD:s avsnitt för psykiska störningar och sjukdomar har tidigare varit mycket knapphändig vilket i viss, inte obetydlig, utsträckning har begränsat kommunikationsvärdet i diagnostiken.

ICD-10, den nu aktuella versionen, har kompletterats med diagnostisk stödlitteratur av betydande värde. En bok med forskningskriterier (WHO, 1993) har publicerats, som såväl teoretiskt som i sin utformning nära ansluter till DSM-IV. Det finns vidare en annan bok för diagnostisk vägledning (WHO, 1992) som på ett mindre formaliserat sätt ger tydlig vägledning till diagnostiken. På svenska föreligger endast ICD-10:s klassifikation, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (Socialstyrelsen, 1997) kriterier och stödlitteratur finns inte officiellt översatta och utgivna.

Man kan då ställa sig frågan om det är värt besväret att gå omvägen via DSM-IV för att kunna notera psykiatriska diagnoser enligt ICD-10. En kort jämförelse mellan systemen, som jag ser på saken, kan måhända ge svar på detta.

Synen på de diagnostiska kategoriernas avgränsningar är överlag mycket likartad i bägge systemen, vilket även gäller autismspektrumstörningarna.

I den kliniska vardagen har de skillnader som finns mellan systemens kriterieuppsättningar dock en ganska underordnad betydelse, eftersom det snarare är de stora likheterna som dominerar bilden. För att underlätta ett korsvis användande har transkriptionstabellen mellan DSM-IV och ICD-10 lagts in i DSM:s löpande text i den svenska översättning av fickhandboken. Då kan den praktiska användbarheten i stället få större betydelse för valet.

DSM-IV har därvidlag en del fördelar. Systemet är pedagogiskt upplagt med utgångspunkt i samma grundprinciper som styrde utformningen av DSM-III. Man inkluderar beslutsträd som både underlättar förståelsen av strukturen och fungerar som vägledning in i själva systemet. Man har också med en ordlista som klargör ett flertal psykiatriska termer.

I ICD-10 har man valt att inte definiera separata axlar. Men som jag ser det har ett multiaxialt perspektiv stor praktisk betydelse. Såväl DSM-III, DSM-III-R som DSM-IV inkluderar fem axlar, vilket ger en kliniskt värdefull överblick över patientens situation.

Principen att bedöma olika axlar separat med beaktande av de olika tillämpningsinstruktionerna för var och en av axlarna kan tyckas artificiell, men visar sig vara till stor nytta för att strukturera det omfattande material som klinikern ställs inför. Ett viktigt syfte är att bromsa upp vår benägenhet att ta fasta på enskilda uppslagsändar innan vi skaffat oss en ordentlig klinisk helhetsbild.

Den multiaxiala, deskriptiva diagnostiken i DSM-IV utgör en gemensam och i huvudsak konfliktfri bas som kan underlätta en fördjupad diskussion mellan medarbetare med olika teoretisk grundsyn och olika yrkesbakgrund rörande sådana frågor som t ex etiologiska hypoteser, behov av kompletterande bedömning och utredning, eller olika behandlingsöverväganden.

Referenser

- APA. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders. DSM-I* (1st ed.).
- APA. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-II* (2nd ed.).
Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III* (3rd ed.).
Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (1984). *MINI-D-R : diagnostiska kriterier enligt DSM-III* (J. Herlofson, översättning).
Stockholm: Pilgrim Press.
- APA. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-R* (3rd, rev ed.).
Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (1989). *MINI-D-R : diagnostiska kriterier enligt DSM-III-R* (J. Herlofson, översättning).
Kristianstad: Pilgrim Press.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV* (4th ed. ed.).
Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (1998). *Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV* (J. Herlofson, översättning).
Danderyd: Pilgrim Press.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR* (4th ed., text
revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2002). *MINI-D IV : diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson, översättning).
Danderyd: Pilgrim Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1999). *Handbok SCID-
I och SCID-II för DSM-IV* (J. Herlofson, översättning och bearbetning). Danderyd:
Pilgrim Press.
- Socialstyrelsen. (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (KSH97)*.
- Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B. W., & First, M. B. (Eds.). (2002). *Case
book. A learning companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders, fourth edition, text revision*. Washington DC/London, England: American
psychiatric publishing, inc.
- WHO. (1965). *International Classification of Diseases (ICD-8)*.
- WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical
descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- WHO. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic
criteria for research*. Geneva: WHO.

Jörgen Herlofson, leg läkare, psykiater och psykoterapeut, är verksam på deltid vid Karolinska institutet inom ett forsknings- och metodutvecklingsprojekt inriktat på arbetsrelaterad psykisk ohälsa, såsom utmattningssyndrom. Han har sedan mer än tjugo år ägnat sin arbetstid främst åt undervisning och metodutveckling inom psykiatrisk diagnostik och kognitiv psykoterapi.