

27/3 2006

# Om psykiatrisk diagnostik

Jörgen Herlofson

Bearbetning: Eric Zander

<b>Allmän bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>Psykisk ohälsa – vad är det?</b> .....	<b>3</b>
<b>Diagnostiska system – en översikt</b> .....	<b>5</b>
<b>Diagnostiska system – en teoretisk bakgrund</b> .....	<b>6</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>9</b>

Denna text är en uppdaterad och bearbetad version av kapitlet Psykiatrisk diagnostik, ursprungligen publicerad i Psykiatri 91. (redaktörer Åsberg, M. & Herlofson, J.). Danderyd: Pilgrim Press.

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

## ALLMÄN BAKGRUND

All medicinsk behandling förutsätter att den behandlande läkaren har bildat sig en uppfattning om vilken sjukdom eller skada, vilket funktionshinder eller tillstånd hans patient lider av, dvs att han ställt en diagnos. Diagnosen är en förutsättning för att läkaren på ett rationellt sätt skall kunna välja bland de många behandlingar som står till buds. Vissa diagnoser är mycket enkla och förutsätter ingen särskild medicinsk utbildning t ex diagnosen skärsår medan andra kan vara oerhört komplicerade och kräva omfattande utredningar.

Ordet diagnos kommer av ett grekiskt verb som betyder särskilja eller urskilja, och var redan från början ett medicinskt fackuttryck. Senare har ordet använts inom många andra områden. I psykiatrin, där ett flertal kunskapsfält förenas i det kliniska arbetet, görs ofta flera väsensskilda diagnostiska bedömningar. Inte bara läkare utan också psykologer, logopedier, socionomer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och specialpedagoger gör

diagnostiska bedömningar. Det blir då särskilt viktigt att integrera dessa olika diagnoser till en helhet.

Psykiatriska diagnoser liksom andra medicinska diagnoser organiseras ofta i något system, en sjukdomsklassifikation. En sådan klassifikation kan byggas upp på olika sätt. Den kan utgå från någon teoretisk modell för hur sjukdomar uppkommer eller för hur människo-kroppen (och själen) är konstruerad, eller den kan utgå från den empiriska erfarenhet som generationer av behandlande läkare samlat.

Den multifaktoriella bakgrunden gäller såväl kroppsliga som psykiska sjukdomar, även om den blir ovanligt påtaglig inom psykiatrin. När det gäller psykiatrin ställs klassifikationsfrågorna ofta på sin spets, och man kan urskilja många extrema ståndpunkter. Ofta har skiljelinjerna gått mellan dem som ansett att de psykiska sjukdomarnas etiologi väsentligen varit organisk och betingad av störningar i nervsystemet, och dem som ansett att de väsentligen berott på rent själsliga eller mellanmännsliga problem (som t ex under konflikten mellan "psykiker" och "organiker" i Tyskland under tidigt 1800 tal).

Den amerikanske psykiatern Adolf Meyer, som haft ett mycket stort inflytande på den amerikanska psykiatrin under första hälften av 1900-talet, försvarade energiskt ett individfokuserat synsätt. Han hävdade att den bästa diagnosen på en patient var hans efternamn, eftersom varje individ är unik i sin problematik och därför också skall bemötas som ett unikt fall.

I verkligheten finns det mycket starka skäl för att någon form av sjukdomsklassifikation inte kan undvaras i det kliniska arbetet:

- 1) För att kunna få överblick och på så sätt skapa förutsättningar för systematik i arbetet krävs förenkling i form av klassifikation. Vårt tänkande bygger på att vi identifierar likheter i allt det komplexa som möter våra sinnen. Vi samlar erfarenheter genom att vi ser vad som förenas genom likhet respektive vad som åtskiljs genom olikhet. Ur dessa erfarenheter uppstår sedan möjligheter till nya tankegångar och problemlösningar.
- 2) Vi behöver en grund för kommunikation. Diagnoser fungerar som ett slags telegramspråk med referens till ett inom professionen allmänt känt kunskaps-material. Det blir då möjligt att snabbt skaffa sig en ungefärlig bild av tillståndet ifråga. Jfr t ex effektivitetsvinsten när jourhavande kirurg säger till sköterskan "det är en appendicit, gör klart för operation" med alternativet att i stället återberätta hela sjukhistorien, göra upp en lista på all den utrustning som kan behövas och sen lämna åt sköterskan att dra sina egna slutsatser om vad som skall göras. Likaså ger diagnosen autism eller Aspergers syndrom information om att svårigheter inom vissa bestämda områden föreligger.

- 3) Stöd för val av behandling. Eftersom vi har tillgång till flera handlingsalternativ än ett behöver vi vägledning i valsituationer. Genom systematisk klassifikation kan vi successivt bygga upp våra erfarenheter av olika behandlingsmetoder vid olika sjukdomstillstånd. Diagnosen representerar koden till kunskapsbanken.
- 4) Att försöka meddela prognos vid olika sjukdomstillstånd är en viktig uppgift för läkaren. Detta kräver ett organiserat erfarenhetsmaterial som bygger på beskrivning och klassifikation av olika sjukdomstillstånd.
- 5) Utvärdering av arbetet fordrar att vi avgränsar olika tillstånd från varandra så att det blir möjligt att t ex jämföra behandlingsresultat.
- 6) Vårdplanering förutsätter samlade kunskaper om hur man organiserar behandlingen vid olika former av ohälsa vilket i sin tur förutsätter klassifikation.

Mot den bakgrunden blir en tillförlitlig klassifikation en nödvändighet. Tillförlitligheten är beroende av att användaren får anvisningar som är så entydiga som möjligt. 1980 kom inom psykiatrin det första heltäckande, kriteriebaserade klassifikationssystemet, som var avsett att användas i den kliniska vardagen, i form av den amerikanska psykiatriska föreningens system DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition). Idag heter den aktuella, reviderade efterföljaren, DSM-IV-TR, som utkom 2000.

## **PSYKISK OHÄLSA – VAD ÄR DET?**

DSM använder fortfarande genomgående uttrycket "mental disorder". Ordet "disorder" kommer antagligen från franskans désordre, oordning, och har sedan tidigt 1700 tal använts i betydelsen krämpa, sjukdom. Det används speciellt om sjukdomar som förlöper utan organiska förändringar.

Motsvarande begrepp på svenska finns inte. "Mental disorder" översätts därför i den svenska upplagan av DSM-IV-TR med "psykisk störning". Begreppet "disorder" översätts när det förekommer i andra sammansättningar med "syndrom", ett begrepp som betecknar en samling av symtom som brukar förekomma tillsammans, oavsett etiologi.

I förordet till DSM-IV-TR konstateras att begreppet "mental disorder" egentligen är missvisande eftersom de innebär en felaktig uppdelning mellan psyke och soma som idag måste anses förlegad. Begreppet används fortfarande därför att man inte funnit något bättre.

I DSM-IV-TR uppfattas var och en av de psykiska störningarna eller sjukdomarna som beteendemönster eller -syndrom eller psykologiska mönster eller syndrom, samtliga av klinisk valör, som förknippas med subjektivt lidande (något plågsamt symtom), eller med oförmåga (funktionsförsämring i ett eller flera viktiga avseenden) eller med en påtagligt

ökad risk för att dö, drabbas av lidande, handikappas eller med betydande förlust av personlig frihet.

Dessutom får ett sådant syndrom eller mönster inte enbart bestå i en förväntad reaktion på någon speciell händelse, t ex en nära anhörigs död. Vad som än orsakat tillståndet måste det för närvarande anses utgöra en manifestation av en beteendemässig, psykologisk eller biologisk dysfunktion hos individen.

En vanlig missuppfattning är att en manual som DSM klassificerar människor. Det som verkligen klassificeras är tvärtom olika tillstånd som människor har. I den andan talar DSM aldrig om autister eller schizofrena utan alltid om personer eller människor med, eller som har, autism eller schizofreni.

Definitionen beskriver först hur sjukdomen eller störningen visar sig (ett igenkännbart syndrom eller mönster av något slag), sedan dess effekter på individen (i form av lidande eller funktionsinskränkning), och därefter att den utgör en manifestation av någon form av problematik eller brist hos individen själv.

En sådan definition av psykisk ohälsa grundar sig emellertid på en kombination av olika mer grundläggande sätt att avgränsa sjukdom från normalitet. Var och en av dessa definitioner har samtidigt sin styrka och sin svaghet:

- 1) Gränsdragningen kan ske genom att man använder ett statistiskt normalitetsbegrepp. Den personen är sjuk eller har ett funktionshinder som i vissa viktiga avseenden faller utanför  $x$  antal standardavvikelser i normalfördelningskurvan.
- 2) Ett annat sätt att avgränsa är att åberopa ett kulturellt förankrat normalitetsbegrepp. Det som inom ramen för det etablerade samhället anses utgöra sjukdom utgör samtidigt själva sjukdomsdefinitionen.
- 3) Ett tredje sätt är att relatera till individen själv. Ett tillräckligt stort mått av förändring i psykiskt tillstånd, beteende och funktionsförmåga uppfattas som uttryck för sjukdom.
- 4) Närvaro av vissa särskilt allvarliga symtom som t ex hallucinationer eller påtagligt nedsatt social och kommunikativ förmåga som grund för avgränsning av psykisk störning med åtföljande funktionshinder innebär ytterligare ett sätt att se på saken. Vissa andra symtom som uppfattas som mindre patologiska, t ex ångest, nedstämdhet, sömnstörningar, måste föreligga i mer betydande omfattning för att det skall ses som tecken på psykisk sjukdom. (Populationsstudier har emellertid visat att 10 % av befolkningen någon gång upplevt en hallucination och att stora delar av

befolkningen uppvisar något eller några autistiska drag!, se t ex Posserud et al., 2006).

Definitionen i DSM-IV-TR representerar ett försök att med deskriptiva metoder operationalisera begreppet psykisk störning, vilket också inkluderar tillstånd med kognitiva funktionshinder. Med det menas att man anger en metod att fastställa närvaro eller frånvaro av psykisk störning. Man pekar på lidandet, på den sociala funktionsförsämringen och på andra komplikationer som tänks möjliga att identifiera av olika bedömare.

I DSM-IV-TR använder man sig av samtliga ovanstående principer i kombination i definitionen av psykisk störning, inkluderat kognitiva funktionshinder. Man försöker på så sätt komma ifrån svagheterna med var och en av definitionerna. Först tillämpar man princip 4) ovan genom att tala om förekomst av mönster eller syndrom av klinisk valör, vidare refererar man till princip 3) genom att tala om subjektivt lidande och funktionsinskränkning, sedan till princip 1) genom att föra in statistisk sannolikhet som kriterium och slutligen till princip 2) genom att hänvisa till allmänna uppfattningar om vad som anses sjukt eller avvikande respektive friskt eller normalt i vissa situationer.

## **DIAGNOSTISKA SYSTEM – EN ÖVERSIKT**

ICD-systemet (International Classification of Diseases) är WHO:s internationella klassifikationssystem som används över hela världen. Det var ursprungligen ett dödsorsaksregister, men kom senare att utvidgas till att omfatta även en förteckning över sjukdomar och innehåller nu också forskningskriterier för den psykiatriska delen.

Systemet har genomgått ett antal revisioner och den version som nu används är ICD-10 som kom 1992 (i Sverige utkom den först 1997). Någon förteckning över psykiska sjukdomar hade inte inkluderats förrän i den sjätte utgåvan. En deskriptiv ordlista för den psykiatriska diagnostiken finns till ICD-8 och till ICD-9. Den ger en viss kortfattad vägledning till hur man skall uppfatta de diagnostiska kategorierna. I den senaste versionen, ICD-10, finns forskningskriterier publicerade som i stort överensstämmer med DSM-systemets definitioner. Kriterier för diagnoserna inom autismspektrumet föreligger nu också på svenska (se [www.autismforum.se](http://www.autismforum.se)).

ICD-systemet syftar till en internationellt standardiserad klassifikation, och det måste av den anledningen vara enkelt och acceptabelt för en stor majoritet av samtliga yrkesutövare. Bristen på anvisningar i de tidigare versionerna gav ett stort utrymme för personliga uppfattningar och lokala traditioner i diagnostiken. En konsekvens av det är att reliabiliteten i diagnostiken blir dålig. I praktiken betydde det t ex att olika bedömare som undersökt samma patient inte så sällan kom fram till olika diagnoser. Diagnostiken får då ett mindre värde.

Kriteriebaserad diagnostik kom först att tillämpas inom den psykiatriska forskningen. Feighnerkriterierna publicerades 1972 och Research Diagnostic Criteria (RDC) kom 1978. Ingetdera av dessa system var emellertid heltäckande utan gällde enbart ett begränsat antal diagnoser.

Det första heltäckande systemet som var avsett att användas i den kliniska vardagen var DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition). DSM-systemet utgör den officiella amerikanska psykiatriska diagnostiken, och de har av den anledningen stor genomslagskraft. För närvarande används DSM-IV-TR som utkom 2000 (fickutgåvan Mini-D IV TR utkom på svenska 2002), men arbetet på DSM-V är i full gång, och den versionen beräknas utkomma i början av 2010-talet. Arbetet på ICD-systemet pågår sedan en tid så gott som parallellt, och avsnittet för psykiska sjukdomar har i betydande grad kommit att närma sig DSM-systemet.

## **DIAGNOSTISKA SYSTEM – EN TEORETISK BAKGRUND**

Psykiatrisk diagnostik är av tradition *kategoriserande*. Vi hänför ett tillstånd till en särskild kategori på basen av de likheter vi tyckt oss kunna identifiera. Vi avgränsar på motsvarande sätt tillståndet gentemot andra kategorier på basen av de skillnader vi ser.

En sådan modell för klassifikation är naturlig för oss eftersom vår språkutveckling och vårt tänkande redan från början bygger på att vi kategoriserar informationen. Vi kan t ex omedelbart avgöra att en stol är en stol, även om vi aldrig sett en stol som ser ut precis som den vi har framför oss. Vi hänför helt enkelt föremålet ifråga till kategorin stolar på basen av vissa grundläggande kriterier som avgör kategoritillhörigheten. En kategoriserande klassifikation är självklar inom den somatiska medicinen.

Det finns en lång tradition även inom psykiatrin som bygger på klassifikation enligt dessa principer. Emil Kraepelin är den stora portalgestalten som genom sina mångåriga studier av svårt psykiskt sjuka patienter lade grunden till våra kunskaper om schizofreni. Han är den klassiske representanten för en deskriptiv psykiatri som genom iakttagelser av symtom och sjukdomsförlopp försöker finna mönster, likheter mellan de olika patienternas sjukdomsyttningar, i syfte att upptäcka någon gemensam bakgrundsfaktor som kan ge vägledning till effektivare behandling.

En kategoriserande klassifikation kan vara klassisk eller prototypisk. Den klassiska modellen bygger på att de olika kategorierna var och en för sig är homogena och att det finns distinkta gränser dem emellan. Kategorierna identifieras med hjälp av kriterier som vart och ett för sig är nödvändiga, och där samtliga samtidigt måste vara uppfyllda, dvs endast tillsammans är de tillräckliga.

Typexemplet är att en diagnostisk kategori definieras av t ex kriterierna A, B, C och D, vilka samtliga måste vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna ställas. Vanligen är vart och ett

av kriterierna monotetiskt, dvs kriteriet skall vara uppfyllt i sin helhet för att det skall räknas. Tillhörigheten till kategorin definieras på basen av att samtliga medlemmar helt och hållet liknar varandra med avseende på A, B, C respektive D.

Detta fungerar bra i den teoretiska världen. T ex definieras en triangel entydigt av att det är en geometrisk figur som har tre sidor och tre vinklar. I verklighetens värld blir det emellertid mer rättvisande med en prototypisk modell för kategoriklassifikation.

Den prototypiska modellen är grundad på idén att de olika kategorierna representeras av prototyper som medlemmarna liknar i högre eller mindre grad. Dessa är således heterogena, och kategorierna blir mer eller överlappande, eftersom medlemmar av olika kategorier samtidigt kan ha vissa definierande särdrag gemensamt.

Medlemskapet definieras vanligen av polytetiska kriterier som vart och ett består av en beskrivande lista där ett visst minimiantal av särdragen måste föreligga, dock ej givet exakt vilka. Typexemplet är ett kriterium som består av t ex särdragen 1), 2), 3), 4), 5), 6) och 7) varav minst fyra måste föreligga för att kriteriet skall anses vara uppfyllt.

Om man tillämpar en prototypisk modell blir det rimligt att tänka sig att flera diagnoser kan krävas för att beskriva en individs psykopatologi. De olika särdragen kan även studeras med avseende på hur tungt de skall väga i diagnostiken, dvs hur utmärkande de är för diagnosen ifråga. Som en konsekvens av detta kan man också diskutera hur typisk en individs psykopatologi är genom att t ex se hur många särdrag som föreligger.

Såväl DSM- som ICD-systemet är kategoriserande diagnostiska system.

DSM-IV-TR har inslag av såväl klassisk som prototypisk klassifikation. Utvecklingen från DSM-III och framåt har gått i riktning av att man oftare tillämpar prototypisk klassifikation. Detta understryker ytterligare betoningen av komplexitet, multipla diagnoser och flytande gränser mellan kategorierna.

Både ICD och DSM-III och framåt har en hierarkisk rangordning mellan somliga kategorier som i förekommande fall är inbyggd i kriterierna. Med det avses att vissa diagnoser anses tyngre än andra och har en så omfattande symtomatologi att de periodvis uppvisar vissa kliniska drag som i sig uppfyller kriterierna för någon mindre genomgripande störning. Om t ex en person med en schizofren störning tidvis är dysforisk på ett sätt som fyller kriterierna för dystymi anses det ändå inte meningsfullt att lägga till diagnosen dystymi. Symtomen anses inkluderade i det schizofrena syndromet.

Vid personlighetsstörningar resonerar man på samma sätt, och tilläggsdiagnoser ska enbart noteras när symtombilden, t ex depressivitet eller ångest, klart och tydligt går utöver vad som vanligen kan förväntas med tanke på personlighetsstörningen ifråga. Vid t ex borderline personlighetsstörning är just depressivitet och ångest vanliga inslag i problematiken

och motiverar således inte tilläggsdiagnos annat än om symtomen tydligt överstiger vad man vanligtvis ser hos dessa patienter. Om det inte står explicit angivet i kriterierna hur man ska förfara blir det alltså en bedömningsfråga enligt dessa principer.

Omfattande störningar som schizofreni och genomgripande störning i utvecklingen (t ex autistiskt syndrom) har i vissa avseenden överlappande klinisk bild, t ex betydande svårigheter med avseende på sociala relationer och funktionsförmåga i arbete eller studier. Tillstånden särskiljs inte hierarkiskt utan på basen av om det förekommit tydlig psykotisk symptomatologi i form av vanföreställningar eller hallucinationer under minst en månads tid. En person med anamnes på autistiskt syndrom eller annan genomgripande störning i utvecklingen får diagnosen schizofreni i tillägg endast om ovanstående villkor är uppfyllda.

Den hierarkiska rangordningen har varit föremål för diskussion, och i de versioner av DSM-systemet som följt efter DSM-III tilläts i princip ett större antal parallella diagnoser. Samtidigt har man från och med DSM-IV infört ett kriterium som återkommer på många ställen, och som uppmanar bedömaren att ta ställning till om symtomen bättre förklaras med någon annan angiven diagnos, där vissa liknande drag förekommer. Detta innebär att man i praktiken ibland noterar flera diagnoser parallellt, medan man i andra fall kan göra bedömningen att de aktuella symtomen snarare kan anses tillräckligt förklarade av endast en av flera tänkbara diagnoser. Grundprincipen är dock att diagnostiken ska vara uttömmande, dvs om flera diagnoser tydligt kan särskiljas, ska de också noteras.

Även om kategoriserande klassifikation har varit alltigenom dominerande inom psykiatrin finns det dock skäl att också kortfattat beröra *dimensionell klassifikation*. Validiteten i de traditionella diagnostiska kategorierna är ständigt föremål för diskussion. Grundtanken att psykisk sjukdom skulle vara något i grunden väsensskilt från psykisk hälsa har ifrågasatts.

I stället för diskontinuitet har många i stället velat sätta kontinuitet längs ett antal olika dimensioner med psykisk hälsa vid den ena polen och psykisk sjukdom/avvikelse/störning vid den andra. Skillnaden mellan avvikande och normalt skulle således vara kvantitativ snarare än kvalitativ enligt detta synsätt. Med ett dimensionellt synsätt suddar man ut en tänkt gräns mellan ohälsa och hälsa, vilket ibland har klara kliniska fördelar, men samtidigt i praktiken vissa nackdelar. Det blir t ex svårare att avgöra praktiska gränsdragningar avseende vem som är berättigad till särskilt stöd, särskilda bidrag eller sjukpenning utifrån en dimensionell grundsyn. I behandlingsarbetet har det emellertid sina fördelar och synsättet harmonierar också med kliniska erfarenheter av förändringsprocesser.

I synnerhet vid diagnostik av personlighetsstörningar, men även vid autismspektrumstörningar, kan det vara teoretiskt och kliniskt tilltalande att tillämpa en dimensionell modell för klassifikation. Det förefaller rimligt att betrakta normalpersonlighet, personlighetssärdrag och personlighetsstörning längs ett eller flera kontinua snarare än som separata kategorier med skarpa gränser. När det gäller autismspektrumtillstånden har det också ibland ansetts av vikt att bedöma hur allvarlig den autistiska problematiken är. För

detta och andra ändamål finns också ett antal skattningsskalor och diagnostiska checklistor som bygger på ett dimensionellt synsätt, ibland som ett komplement till den kategoriserande diagnostiken (se Volkmar & Lord, 1998). Exempel på sådana är Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R; Lord et al., 1994), Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G; Lord et al., 1997), The Childhood Autism Rating Scale (CARS; Schopler et al., 1980) och Autism Behaviour Checklist (ABC; Krug et al., 1979, 1980).

Fördelarna med den dimensionella modellen ligger framför allt i att den ger en möjlighet till individuell profil som den kategoriserande modellen saknar. Skillnaderna mellan individer förtydligas till skillnad från vad som är fallet vid kategoriserande diagnostik där i stället likheter mellan kategorimedlemmarna betonas.

Nackdelarna med dimensionella modeller består framför allt i att man får svårigheter att skapa överblick när man har med grupper av individer att göra. Det är helt enkelt svårare att från den utgångspunkten se mönster som går igen mellan olika individer, något som i stället fångas utmärkt av en kategoriserande modell för diagnostik.

En diagnostik som har som en väsentlig uppgift att ge vägledning för farmakabehandling fungerar bättre om den är kategoriserande. Däremot kan en diagnostik vars uppgift är att vägleda vid en individualiserad psykoterapeutisk behandling med fördel vara dimensionell.

## LITTERATUR

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-R* (3rd, rev ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV* (4th ed. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR* (4th ed., text revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *MINI-D IV : Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson, Översättning). Danderyd: Pilgrim Press.
- Krug, D. A., Arick, J., & Almond, P. (1979). Autism screening instrument for educational planning: background and development. In J. Gilliam (Ed.), *Autism: Diagnosis, instruction, management, and research*. Austin: University of Texas at Austin Press.
- Krug, D. A., Arick, J., & Almond, P. (1980). Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 21(3), 221-229.

- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview--Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 24(5), 659-685.
- Lord, C., Rutter, M., & DiLavore, P. (1997). *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G)*: The Psychological Corporation.
- Posserud, M. B., Lundervold, A. J., & Gillberg, C. (2006). Autistic features in a total population of 7-9-year-old children assessed by the ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire). *J Child Psychol Psychiatry*, 47(2), 167-175.
- Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 10(1), 91-103.
- Spitzer R L & Williams j B W: Classification in psychiatry. In *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed.), eds. Kaplan & Sadock. Williams and Wilkins, Baltimore, 1987.
- Stengel E: Classification of mental disorders. *Bulletin World Health Organization*, 21: 601-663, 1969.
- Volkmar, F., & Lord, C. (1998). Diagnosis and definition of autism and other pervasive developmental disorders. In F. Volkmar (Ed.), *Autism and pervasive developmental disorders*. Cambridge, New York, NY, USA: Cambridge University Press.

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.