

Diagnosinflation inom Barn- och ungdomspsykiatri

Hans Ek, Emma Utter, Rikard Eriksson, Pål Ellingsen

Hans Ek, PhD in social work, Child- and adolescent Psychiatry, Nu Hospital Organisation.

E-post: hans.ek@vgregion.se

Emma Utter, socionom, Leg psykoterapeut, Barn- och ungdomspsykiatri, Nu-sjukvården.

E-post: emma.utter@vgregion.se

Rikard Eriksson, PhD in psychology, professor of social work, Østfold University College.

E-post: rikard.eriksson@hiof.no

Pål Ellingsen, associated professor in organization and leadership, Østfold University College.

E-post: pal.ellingsen@hiof.no

Syftet med studien var att undersöka skillnader i val av diagnos och behandling inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) beroende på vilken bedömningsmetod som används vid det första kartläggande nybesöket. Metod: Samtliga bedömningsamtal (234) som genomförts på en BUP-mottagning i Sverige under 2018. 98 av samtalen utfördes med MINI-KID medan 136 av samtalen var kliniska samtal. Barnen slumpades till vilken metod som användes, men då några behandlare på enheten saknar MINI-KID utbildning så är de kliniska samtalen fler. Resultat: Intervjuerna med MINI-KID ledde i högre utsträckning i att en psykiatrisk diagnos ställdes och förespråkade oftare kognitiv beteendeterapi. De kliniska intervjuerna förespråkade i större omfattning familjeterapi baserat på att de oftare uppfattade källan till barnets symtombild i kontexten snarare än i barnet självt. Några könsskillnader avseende ställd diagnos eller föreslagen behandlingsinsats kunde inte påvisas.

The purpose of the study was to investigate differences in the choice of diagnosis and treatment in Child and Adolescent Psychiatry (BUP) depending on the assessment method used in the first mapping new visit. Method: All assessment interviews (234) conducted at a BUP clinic in Sweden in 2018. 98 of the interviews were conducted with MINI-KID while 136 of the interviews were clinical interviews. The children were randomized to the method used, but since some therapists at the unit lack MINI-KID training, the clinical conversations are more numerous. Results: The interviews with MINI-KID led to a greater extent in that a psychiatric diagnosis was made and more often advocated cognitive behavioral therapy. The clinical interviews to a greater extent advocated family therapy based on the fact that they more often perceived the source of the child's symptoms in the context rather than in the child himself. No gender differences regarding the diagnosis or proposed treatment intervention could be demonstrated.

Introduktion

Vilka skillnader i val av diagnos och behandling finns inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) relaterat till den bedömningsmetod som används vid det första kartläggande nybesöket? En hypotes, baserad på tidigare forskning, är att gruppen som använder sig av manualen MINI-KID kommer att ställa fler F-diagnoser och färre z-koder än gruppen som genomför vanliga kliniska intervjuer utan stöd av MINI-KID (Duncan, Georgiades, Wang, Van Lieshout, MacMillan, Ferro, Lipman, Szatmari, Bennett, Kata, Janus & Boyle, 2017; Drill, Nakash, DeFife & Western, 2015; Adamowska, Adamowski, Frydecka & Kiejna, 2014). Tidigare forskning visar att antalet ångestdiagnoser ökat när MINI-KID används och den här studien önskar undersöka om det också är så på BUP (Duncan, Georgiades, Wang, Van Lieshout, MacMillan, Ferro, Lipman, Szatmari, Bennett, Kata, Janus & Boyle, 2017; Drill, Nakash, DeFife & Western, 2015; Adamowska, Adamowski, Frydecka & Kiejna, 2014; Taoli, Hao, Yijie, Chympei, Yanjian, Yuanfeng & Yi 2011; Farmer & Chapman, 2002; Steinberg, Cicchetti, Buchanan, Hall & Rounsaville, 1993). En viktig fråga i det här sammanhanget är om barn som egentligen inte behöver en diagnos får det för att MINI-KID fungerar så? Och kan det i förlängningen leda till diagnosinflation på BUP?

Symtombilder som beskrivs i remisserna till BUP handlar om allt från utåtagerande beteende, social tillbakadragenhet, sociala samspelssvårigheter, självskadebeteende, sorgsenhet, hög skolfrånvaro eller annat problemskapande beteende. Symtomen skapar inte sällan oro och stress i barnets familj och omgivning. Det leder inte sällan till att barnet som person snabbt definieras som bärare av problemet, trots att det kan handla om relationer i familjen eller vänner. I dessa lägen efterfrågas ofta hjälp från barn- och ungdomspsykiatri att utreda barnet och konstatera varför barnet inte svarar upp mot omgivningens krav och ramar (Eriksson & Ek 2017; Ek & Eriksson, 2016; Forbush & Watson, 2013; Burr, 2003; Bauman, 2001).

Barn- och ungdomspsykiatri arbetar med diagnosmanualerna Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) och International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10). De psykiatriska diagnosystemen är i sin grundstruktur kategoriska; det vill säga att de bygger på tanken att man antingen har en viss psykiatrisk störning eller så har man den inte. En fråga som har relevans i sammanhanget är dock om DSM eller ICD verkligen ger uttryck för en inre dysfunktion i barnet eller om flera av dessa diagnoser snarare betecknar bekymmer mellan barnet och dess miljö och i förlängningen mellan barnet och standarden i samhället (Frances, 2014; Johansson, 2006; Wood, Garb, Liliefeld & Nezworski, 2002; Bauman, 2001).

De regionala medicinska riktlinjerna förespråkar individuella behandlingsformer kopplade till specifika diagnoser. Exempel på vanliga behandlingsformer inom BUP är kognitiv beteendeterapi eller annan manualbaserad individuell psykologisk behandling (Högberg, Billstedt, Björck, Björck, Ehlers, Gustle, Hellner, Höök, Serlachius, Svensson & Larsson 2019; Almqvist, Broberg, Ris-holm Mothander & Tjus, 2015). Tillsammans med olika terapier är också olika typer av läkemedel vanligt förekommande. De barn- och ungdomspsykiatriska behandlingsåtgärder som används idag fokuserar sällan på samspelet mellan barnet och dess omgivning. Istället inriktas behandlingen på barnets egen förmåga till anpassning. Tidigare sågs symtomen i högre utsträckning som något som uppstod i mötet mellan barn och miljö. Och då var det mer relevant att inrikta behandlingen på anpassningar och stödåtgärder, snarare än till individuella behandlingar och medicinering av barnet (Almqvist et al, 2015).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka skillnader i val av diagnos och behandling inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) beroende på vilken bedömningsmetod som används vid det första kartläggande nybesöket. Forskningsfrågor:

- Hur påverkar det manualbaserade bedömningssamtalet med MINI-KID val av diagnos och behandling?
- Hur påverkar den kliniska intervjun valet av diagnos och behandling?

Metod

Denna studie består i en journalgranskning av en Barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagnings samtliga nybesök/bedömningssamtal under perioden 1 januari 2018 – 31 december 2018.

Urval

Samtliga bedömningssamtal/nybesök som har genomförts på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning under 2018 har undersökts (234 stycken). 98 av samtalen utfördes med MINI-KID medan 136 av samtalen var kliniska samtal (Tabell 1). Barnen slumpades till vilken metod som användes, men då några behandlare på enheten saknar MINI-KID utbildning så är de kliniska samtalen fler.

Tabell 1. Fördelningen av besök utförda med MINI-KID och kliniska samtal

Metod	Frekvens	Procent
MINI-KID	98	41,9
Kliniskt samtal	136,0	58,1
Total	234,0	100,0

Barnen i undersökningen var mellan 5-18 år. Av dessa 234 barn var 126 flickor och 108 pojkar (Tabell 2).

Tabell 2. Fördelningen i kön i redovisade intervjuer, oavsett metod.

Kön	Frekvens	Procent
Pojke	108,0	46,2
Flicka	126,0	53,8
Total	234,0	100,0

Instrument

Bedömningsinstrumentet som används i den ena gruppen är Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju för barn och ungdomar (MINI -KID) som är en kort halvstrukturerad intervju för barn mellan 4 och 17 år som utarbetats i samarbete mellan psykiatriker och kliniker i USA och Europa för diagnoser baserade på DSM-IV och ICD-10. Den andra gruppen använder inget bedömningsinstrument utan genomför en klinisk intervju baserad på klinisk praxis för Barn och ungdomspsykiatrisk verksamheten i fråga.

Undersökningsvariabler

Metodvariablen har två kategorier; 1) Intervjuer genomförda med MINI-KID och 2) Kliniska intervjuer.

Diagnosklustervariablen har kategoriserats utifrån olika diagnoskategorier, vilka utgått från hur F-diagnoserna är kategoriserade i ICD-10. De kategorier som varit aktuella är 1) Förstämningssyndrom (Depressivitet), 2) Ångesttillstånd, 3) Trauma, 4) Åtstörning, 5) Beteendestörningar av utåtagerande slag samt 6) Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barn- och ungdomstid (Autismliknande tillstånd). Utöver detta har en kategori lagts till i form av 7) Neuropsykiatriskt utredningsbehov samt en kategori för 8)

z-kod (uppfyller ej kriterier för någon barnpsykiatrisk diagnos).

Föreslagen insats har kategoriserats enligt 1) Neuropsykiatrisk utredning 2) Traumabehandling, 3) Kognitiv beteendeterapi 4) Systemisk terapi (familjeterapi), 5) Annan psykologisk behandling, samt 6) Ej aktuellt med psykologisk behandling.

Könsvariabeln har kategoriserats i 1) Pojke och 2) Flicka.

Procedur

Intervjuarna – även kallade behandlare – är samtliga psykologer eller kuratorer på mottagningen och ingår oftast i par som innehåller båda yrkeskategorier. Nybesöken har i denna undersökning delats upp i två kategorier. De nybesök som genomförs med MINI-KID och de besök som genomförs utan bedömningsinstrument och således är en klinisk intervju. De behandlare som har MINI-KID kompetens genomför i regel ett MINI-KID samtal vid vartannat nybesök. Vilka patienter som erhåller vilken form av intervjumetodik slumpas ut av mottagningens medicinska sekreterare som bokar in patienter utifrån öppna tidböcker.

Databearbetning

Efter att samtliga nybesök har gått igenom har patienterna avidentifierats och kodats i numeriska värden utifrån variablerna 1. Kön 2. Intervjumetod 3. Diagnos 4. Diagnoskategori 5. Föreslagen behandling Materialet matades in i excelfiler och bearbetades i SPSS 24 (IBM SPSS Statistics 2017). Inga värden har saknats.

Resultat

I analysen uppnåddes ett signifikant resultat i mätningen Metod – Ställd diagnos. $\chi^2(7,234) = 24.066, p < .001$. Det innebär alltså att det fanns en påvisbar skillnad i diagnosättandet när bedömningssamtalet gjordes med MINI-KID

Tabell 3. "Major contributors" i mätningen Metod – Ställd diagnos

Z kod	MINI-KID	Kliniskt	Total
Count	6	31	37
Expected Count	15,50	21,50	37,00
Standardized Residual	-2,40	2,00	

och när det utfördes som ett kliniskt samtal.

Av tabellen framgår att skillnaden mellan metoderna i kategorin z-koder bidragit främst till det signifikanta resultatet i mätningen Metod – Ställd diagnos utifrån att kategorin har en standardiserad residual (R) > +/- 1,96.

Ytterligare χ^2 -test utfördes således för att undersöka ifall det fanns en signifikant överensstämmelse mellan bedömningsmetod och valet av psykologisk behandling. Resultatet visade på en signifikant överensstämmelse mellan metod och val av behandlingsform $\chi^2(5, 234) = 24.768, p < .000$ och innebär följaktligen att skillnaden i val av behandlingsmetod inte kan förklaras av slumpen. I de fall där MINI-KID använts valdes i högre utsträckning kognitiv beteendeterapi som behandlingsmetod ($R = 2,7$ respektive $-2,3$) medan systemisk terapi hade visst företräde efter en klinisk intervju ($R = 2,0$ respektive $-2,3$). Resultatet framgår av tabell 4.

Tabell 4. "Major contributors" i mätningen Metod – Föreslagen behandlingsåtgärd.

KBT		MINI-KID	Kliniskt	Total
	Count	30	14	44
	Expected Count	18,40	25,60	44,00
	Standardized Residual	2,70	-2,30	

Systemisk		MINI-KID	Kliniskt	Total
	Count	9	36	45
	Expected Count	18,80	26,20	45,00
	Standardized Residual	-2,3	2,0	

Av den övre delen av tabellen framgår att KBT rekommenderas i signifikant högre grad efter en intervju med MINI-KID än efter de kliniska samtalen utifrån att standardresidualen är (R) $>+/- 1,96$.

Den nedre delen av tabellen visar att Systemisk terapi rekommenderas i signifikant högre grad efter ett kliniskt samtal än efter ett samtal med MINI-KID utifrån att standardresidualen är (R) $>+/- 1,96$.

Diskussion

Medikalisering, individ och kontext

Den här studien visar att diagnoserna blir fler när vi använder oss av en standardiserad mall för frågandet, som utgår från ICD och DSM:s kriterier för psykisk sjukdom. I samtalen med den standardiserade mallen scannas barnet av och ställning tas kort och koncist till huruvida barnet har ett symptom eller inte. Symtomen räknas sedan ihop för att avgöra om kriterierna för diagnosen är uppfyllda

eller ej. Barnen som undersöks med MINI-KID bedöms oftare ha en diagnos, än de barn som undersöks med ett kliniskt samtal. I det senare ges större utrymme för frågor om situationen i sin helhet (Duncan et al 2017; Drill, et al, 2015; Adamowska et al, 2014; Farmer & Chapman, 2002). Fokus är inte på de ordval och kriterier som beskrivs i ICD och DSM. Studien visar att de kliniska intervjuerna var signifikant färre med kliniska intervjuer. Istället kategoriserades barnets lidande relaterat till ett vidare sammanhang och det är inte barnet självt som är problemet. En viktig skillnad mellan de två bedömningsamtalen är därmed att barnet ensamt är bärare av problematiken i den i MINI-KID, medan hela barnets sammanhang undersöks i den kliniska intervjun (Högberg et al, 2019; Drill et al, 2015; Adamowska et al, 2014; American psychiatric association DSM 5, 2014; Wood et al, 2002; World health organization ICD 10, 1992).

Ett exempel på de z-koderna som frekvent dyker upp i de kliniska samtalen är *z-617 Personlig skrämmande upplevelse under barndomen* och *z-629 Problem i samband med uppföstran*. Dessa koder ger vid handen att problematiken som sådan inte ligger inom barnet utan fångar snarare upp det sammanhang som barnet befinner sig i och vad barnet varit med om som det nu reagerar på genom att visa olika symtom (Almqvist et al, 2015; Steinberg et al, 1993). Symtom som kanske hade slagit ut i en diagnos i MINI-KID men där dessa z-koder istället ger en riktning om hur problematiken kan avhjälpas genom en social förklaringsmodell till symtombilden. Den är inte bara en beskrivning av symtomet som sådant utan ger även viss vägledning om vad som bedöms kunna vara orsaken till beteendet (Ek & Eriksson, 2016; Adamowska et al, 2014; World health organization ICD 10, 1992).

Att MINI-KID-samtalen tenderar att generera fler diagnoser lyfts fram som något positivt inom BUP (Högberg et al, 2019; Duncan et al, 2017; Ek & Eriksson, 2016; Adamowska et al, 2014). Det kan handla om att diagnoser normaliserats kraftigt de senaste åren och inte längre innebär samma stigma som tidigare. Detta är tydligt när vi i den dagliga verksamheten möter barn och hör dem prata om sina diagnoser eller till och med barnets och familjens önskan om att erhålla en diagnos. I och med en diagnos kan barnet och dess anhöriga förvänta sig ett annat stöd från samhället och omgivningen än om barnet var odiagnostiserat och diagnosen ger i sig även en känsla av tillhörighet och förståelse för vad sjukdomen innebär (Ek & Eriksson, 2016). Vidare blir det tydligare för sjukvården vilken vårdplan som bör sättas i verket utifrån Socialstyrelsens medicinska riktlinjer kopplade till de enskilda diagnoserna.

Den här studien visar också att en standardiserad intervju som MINI-KID inte bara resulterar i fler diagnoser utan att den behandling som därefter förespråkas är individuell och riktas isolerat mot barnet själv. Exempel på behandling är kognitiv beteendeterapi och olika läkemedel (Frances, 2014). Barnet skall lära sig strategier att tänka och hantera sin egen dysfunktion. För det yngre bar-

net är det föräldrarna som både skall utveckla kunskap om och lära sig hantera barnets svårigheter. Här visar sig tydligt hur problematiken läggs och knyts till just barnet som individ (Duncan et al, 2017; Steinberg et al, 1993).

Ett annat resultat i studien visar att familjeterapi oftare förespråkas efter en klinisk intervju än efter en intervju med MINI-KID. De kliniska samtalen kan även kopplas till färre diagnoser men fler z-koder, som just ringar in den kontext som problemet uppstått och visar sig i. En av grundpelarna i familjeterapitraditionen är att försöka lyfta fram individens perspektiv i förhållande till det system eller omedelbara kontext som individen lever i (Högberg et al, 2019; Eriksson & Ek, 2017; Ek & Eriksson, 2016;). Ett barn ses i det systemiska familjeterapeutiska perspektivet snarare som en symtombärare för kontextens brister eller dysfunktion, än som enskild bärare av en egen diagnos som är förankrat i barnet som individ (Duncan et al, 2017; Eriksson, Ek, 2017; Steinberg et al, 1993). Dagens BUP domineras av ett individcentrerat perspektiv som inte längre använder den inneboende kraft som finns i familjen och i barnets nära relationer. Istället blir det en perspektivförskjutning där ganska små barn ensamma äger sin problematik.

Sjukdom kan beskrivas som en individuell identitet och social roll samtidigt som sjukdomen finns först när vi är överens om det, vilket vi gör genom att uppfatta, bekräfta och namnge den (Johannisson, 2006). Ett bekymmer i dagens samhälle är att barn och ungas förväntningar ökar snabbare än deras faktiska livsmöjligheter (Bauman, 2001). Förvisso har människans levnadsvillkor markant förbättrats, men våra förväntningar ökar ännu snabbare – ungdomarna vill ha mycket pengar, fina saker, bli ”influencers” och få spännande jobb, helst genast. Resultatet blir paradoxalt eftersom upplevelsen av brist och torftighet nu ökar hos individen, trots att de faktiska levnadsomständigheterna har förbättrats. En diagnos kan då ge avlastning från ånger, ansvar och skuld när man inte uppnår sina förväntningar, samt fungera som tröst och vinst. Men myntets baksida är att den även kan ge en känsla av stigmatisering, förlust och utanförskap (Frances, 2014).

Praxis och klinisk kunskap som inte kan mätas

Diskussionen kring diagnoser kontra icke diagnoser, evidensbaserade metoder kontra beprövad erfarenhet har utvecklats till en infekterad debatt om rätt och fel ansats. Vetenskapliga kontroverser handlar om oenighet bland forskare som gör anspråk på kunskap om samma fenomen och inom BUP görs ofta olika tolkningar om vad som är grundproblemet, det vill säga om det är socialt eller biologiskt orsakat (Hallberg, 2007).

Det standardiserade intervjuinstrumentet MINI-KID som studerats i denna undersökning är en liten del av den växande rörelse som förespråkar standardiserade instrument och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri idag

(Högberg et al, 2019; Adamowska et al, 2014). Det barn- och ungdomspsykiatriska vetandet befinner sig i en ständig rörelse mellan verklighet och kunskap, samtidigt som kunskap inte är en ren återgivning av obestridliga fakta. Inte heller är det enbart vetenskapliga metoder såsom standardiserade test och klassificeringssystem som leder till kunskap. På det psykiatriska området tillkommer alltid klinisk erfarenhet och mötet med själva patienten och bland klinikererna finns skicklighet, erfarenhet och kollegialt förankrad kunskap som inte kan mätas, kategoriseras eller ens alltid låta sig förklaras (Högberg et al 2019; Adamowska et al, 2014; Farmer et al, 2002).

Kulturen inom BUP påverkar vårt sätt att förklara och diagnostisera sjukdomar, men även att det beskrivna kommer att ha en inverkan på det som upplevs. Det beskrivna kommer att ha en påverkan på individens identitet och känsla om sig själv. Att hävda att sjukdomsdefinitioner och diagnoser är socialt konstruerade väcker i regel fientlighet (Eriksson & Ellingsen, 2017). Vården upplever att dess kunskap och diagnostiska kompetens ifrågasätts och patienterna upplever att deras lidande gör det. Med goda intentioner görs manualer och standardiseringar för att inte missa någonting som skulle kunna leda till att patientens lidande kategoriseras fel. En standardisering innebär dock alltid att en viss lyhördhet för det specifika med just denna individ måste underordnas en yttre faktor (en manual) som inte kommer från situationen själv och att något viktigt, unik i mötet, därigenom går förlorat.

Det finns tankar, klinisk kunskap och systemiska perspektiv som bygger på lång och beprövad erfarenhet som inte får förkastas i dagens förskjutning mot ett mer individualiserat och standardiserat medicinskt förhållningssätt inom BUP. Utmaningen för det manualbaserade perspektivet som driver på standardiseringen av bedömningar och behandlingsmetoder blir att acceptera de osäkerhetsfaktorer som alltid finns i arbetet med människor.

I stället för en kamp mellan perspektiv tycks en kombination av ett fokus på individen och ett på sammanhangen runtomkring vara fruktbart att använda i BUP:s strävan att hjälpa barn- och ungdomar ur de svåra livssituationer som uppkommer med psykisk ohälsa (Eriksson & Ek, 2017; Ek & Eriksson, 2016).

Referenser

- Adamowska, S., Adamowski, T., Frydecka, D. & Kiejna, A. (2014). Diagnostic validity Polish language version of the questionnaire MINI-KID. *Comprehensive Psychiatry*. 55: 1744-1750.
- Almqvist, K., Broberg, A., Risberg Mothander, P. & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- American Psychiatric Association (översättning till svenska av Jörgen Herlofsson): MINI-D5, diagnostiska kriterier enligt DSM 5, 5:e upplaga. Stockholm: Pilgrim press, 2014

tema

- Bauman, Z. (2001). Identity in the globalizing world. *Social Anthropology*. 9: 121-129.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. 2a upplagan London: Routledge.
- Duncan, L., Georgiades, K., Wang, L., Van Lieshout RJ., MacMillan, HL., Ferro, MA., Lipman, EL., Szatmari, P., Bennett, K., Kata, A., Janus, M. & Boyle, MH. (2017). Psychometric evaluation of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents. *Psychological Assessment* 30(7): 916-928.
- Drill, R., Nakash, O., DeFife, JA. & Western, D. (2015). Assessment of Clinical Information: Comparison of the validity of a structured clinical interview and the clinical diagnostic interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 203:459-462.
- Ek, H. & Eriksson, R. (2016). Diagnos- och behandlingskarriärer inom barn- och ungdomspsykiatri: en studie av 20 ungdomar som inte går till skolan. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 93(6): 650-658.
- Eriksson, R. & Ek, H. (2017). Psykiatisering som kulturmönster: ett utkast till sociokulturella studier av psykisk hälsa. *Tidskrift för psykisk helsearbete*. 14 (1): 54-65.
- Eriksson, R. & Ellingsen. (2017). Från galenskap i livets vardag till sjukdom i kroppens gener. Hospitalsbyråns konceptualiseringar av sinnessjukdom åren 1860-1910. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 24 (3-4): 281-302
- Farmer, RF. & Chapman, AL. (2002). Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders. *Compr Psychiatry*. 43: 285-300.
- Forbush, KT. & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychol Med*. 43(1):97-108.
- Frances, A. (2014). *Saving normal: an insider's revolt against out of control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins Publishers.
- Hallberg, M. (2007). Vetenskapliga kontroverser oundvikliga i dagens samhälle. *Läkartidningen* 8(104): 577-581.
- Högberg, C., Billstedt, E., Björck, C., Björck, PO., Ehlers, S., Gustle, LH., Hellner, C., Höök, H., Serlachius, E., Svensson, MA. & Larsson, JO. (2019). Diagnostic validity of the MINI-KID disorder classification in specialized child and adolescent psychiatric outpatient clinics in Sweden. *BMC Psychiatry*. 19:142.
- Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I Hallerstedt G (red), *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P. & Rounsaville, B. (1993). Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: the structured clinical interview form DSM-IV disorders. *Dissociation*. 1: 3-15.
- Taoli, L., Hao, Z., Yijie, L., Chympei, L., Yanjian, Z., Yuanfeng, Z. & Yi, W. (2011). Assessment of the neuropsychiatric comorbidities in Chinese children with epilepsy using the MINI-KID tool. *Epilepsy Research*. 140: 8- 14.
- Wood, J., Garb, HN., Liliefeld, SO. & Nezworski. (2002). Clinical assessment. *Annu Rev Psychol*. 53: 519-543.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (10th ed.). Geneva: Author. Zhang