

Alvorlig sinnslidelse i et historisk perspektiv

Sammendrag

Bakgrunn. Begrepet schizofreni debatteres verden over i forbindelse med oppdateringen av dagens klassifikasjonssystemer for psykisk lidelse. Stadig flere heller til en mer enhetlig og dimensjonell tankegang der man erkjenner at symptombildene innenfor bipolar- og schizofrenispekteret ofte glir over i hverandre og hvor enkelt-symptomer manifesterer seg på et kontinuum fra frisk til syk.

Materiale og metode. Vi har plukket ut et utvalg tekster fra 1800-tallet og vurdert dem opp mot den dagsaktuelle debatten. Formålet med denne artikkelen har ikke vært å forklare historiske begivenheter, og vårt utvalg av tekster gjør ikke krav på representativitet. Snarere har vi forsøkt å bringe fortidens tekster inn i dagens aktuelle diskusjon rundt kategorisering og kontinuumstenkning.

Resultater. I tekster fra 1800-tallet ble sinnssykdom oppfattet som et spekter av lidelser som strakk seg fra syk til frisk. Snarere enn å etablere klare og tydelige avgrensninger mellom lidelsene, gjorde disse forfatterne det klart at overgangene var glidende. Flere mente at sinnslidelsenes ulike fremtoninger bare manifesterte ulike former for en og samme lidelse.

Fortolkning. Både sinnslidelsenes uttrykk og psykiaternes diagnostiske konstrukturer er preget av fortidens praksis og tenkemåte. Det gjør at historiske undersøkelser er fruktbare som et bakteppe i den dagsaktuelle debatt.

Kristin Lie Romm

k.l.romm@medisin.uio.no
Enhet for psykoseforskning
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus
og
Josefinesgate DPS

Anne Kveim Lie

Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Tenkning rundt klassifikasjon og diagnostisering av psykisk lidelse har preget psykiatrien siden midten av 1800-tallet, og er fortsatt beheftet med mye usikkerhet (1). Alvorlig psykisk lidelse som schizofreni og bipolar lidelse, har begrepsmessig sin opprinnelse hos Emil Kraepelin (1856–1926) (2). Han sammenfattet tidligere beskrivelser av Karl Ludwig Kahlbaum (1828–99) (catatonia), Benedict Augustin Morel (1809–73) (démence précoce) og Ewald Hecker (1843–1909) (hebephrenia) i begrepet *dementia praecox*, og skilte denne diagnosen fra de manisk-depressive psykosene basert på klinikk og forventet prognose. *Dementia praecox* ble siden erstattet med schizofreni av Paul Eugen Bleuler (1857–1939) (3). Det viktige i denne sammenhengen er at man valgte å skille ut *dementia praecox*/schizofreni som ble oppfattet som en degenerativ lidelse, fra de manisk-depressive psykosene og definerte dem som to distinkte sykdoms-enheter. I løpet av de hundre årene som er gått siden, har det vært en allmenn oppfatning innenfor den psykiatriske diskursen at denne dikotomien er et uttrykk for valide diagnostiske konstrukturer.

I løpet av de siste årene har det imidlertid vokst frem en høyroret kritikk av klassifikasjonssystemet for psykisk lidelse generelt (4), og for alvorlig psykisk lidelse spesielt (5–9). I en nylig publisert oversiktsartikkel konkluderes det med at man i fremtiden sannsynligvis vil definere og diagnostisere alvorlig psykisk lidelse etter andre metoder enn de vi bruker i dag (10). Nyere forskning har blant annet stilt spørsmål ved Kraepelins dikotomi (11–17). Det har vært påpekt betydelige mangler hva angår både validitet, spesifisitet og nytteverdi av den kategoriske inndelingen av alvorlig psykisk lidelse som presenteres i både DSM-IV og ICD-10 (7). Det har vært paneldebatter om selve schizofrenibegrepet og klassifika-

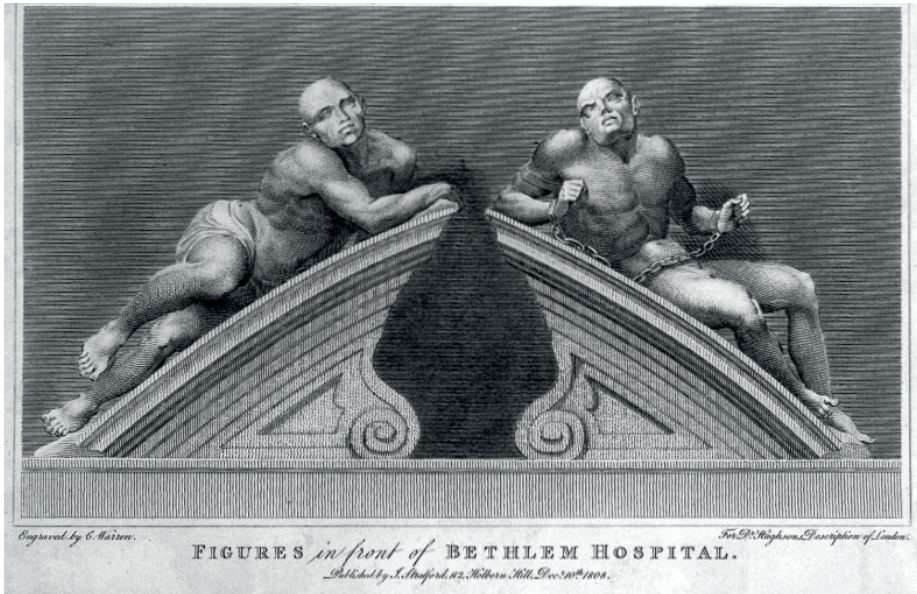
sjonssystemet ved alle større internasjonale forskningskonferanser om schizofreni de siste årene. Kort oppsummert har debatten dreid seg om følgende forhold:

- 1) Større populasjonsstudier har i løpet av de siste årene vist at utbredelsen av symptomer vi tidligere kun har beskrevet i kliniske populasjoner, også er utbredt i normalbefolkningen, dvs. at overgangen mellom normalitet og sykdom er uklar når det gjelder både schizofrenispekter- (18) og bipolarspekterlidelser (19). Dette medfører problemer med henblikk på grunnlaget for de gjeldende diagnostiske kategorier.
- 2) Det er påpekt manglende spesifisitet i form av symptomer, etiologi, og prognose. F.eks finner man influenssymptomer (føle seg påvirket av krefter utenfor seg selv) og endringer i kognitiv funksjon både hos pasienter med schizofreni og bipolar lidelse (17, 20), og genetiske variasjoner koder i mange tilfeller for begge lidelser (13).
- 3) Det er generell enighet om at dette dreier seg om så heterogene grupper at diagnosen i seg selv ikke kan anses som veiledende, verken når det gjelder behandling eller prognose (21).

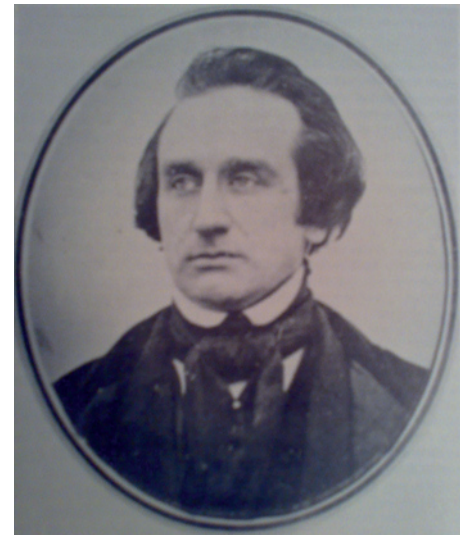
Disse problemene utgjør en utfordring ved fremtidige revisjoner av klassifikasjonssystemet. Mange taler nå for å oppgi/modifisere dagens system og erstatte det med en mer dimensjonell klassifikasjon der det er graden av psykose, depresjon, angst, funksjonsfall etc. som blir veiledende for den diagnostiske vurderingen, og ikke antall symptomer (9, 10, 15, 22). Som det nylig

Hovedbudskap

- Det har i dag blitt vanligere å betrakte bipolar- og schizofrenispekterlidelse som delvis overlappende med symptomer som befinner seg på et kontinuum fra frisk til syk
- I de undersøkte 1800-tallstekstene gjenfinner vi glidende overganger mellom normalt og patologisk og mellom de ulike former for sinnslidelser
- Et historisk perspektiv gir en bredere forståelse av den nåtidige debatt rundt kategorisering av alvorlig psykisk lidelse



Disse statuene, som fremstilte henholdsvis raseri og melankoli, sto i porten til det kjente hospitalet for «vanvittige» i London, Bethlem Hospital og ble antakelig laget på 1600-tallet. Gravering av C. Warren, 1808. Foto Wellcome Images



Hermann Wedel Major (1814–53), arkitekten bak den norske sinnsykelov av 1848 og motoren bak opprettelsen av Gaustad sykehus. Foto Wikipedia

ble sagt i en kommentar i *Nature*: «Nearly six decades after breaking ground with *DSM-I*, and three decades after *DSM-III* was radically reappraised, psychiatrists are braced for another diagnostic revolution» (23). Når det gjelder den forestående revisjonen av *DSM-IV* og *ICD-10*, har man med bakgrunn i den tidligere omtalte kritikken, snakket om å omgå dikotomien mellom schizofreni og bipolar lidelse, og på lengre sikt operere med et psykosesyndrom som dekker lidelser fra affektive psykoser til schizofreni (22). Schizoaffektive psykoser representerer i denne sammenheng en bro mellom ytterpunktene.

Materiale og metode

I denne artikkelen har vi brukt to typer kildemateriale: En er artikler om dagsaktuelle forhold. Dette er artikler førsteforfatteren har benyttet som bakgrunnsmateriale i forbindelse med sitt nylig avsluttede ph.d.-arbeid innen psykosesyndrom, som igjen bygger på søk i databasene Medline, Psychinfo og PubMed. Til den historiske delen har vi valgt å ta utgangspunkt i fire tekster, en fra europeisk sammenheng og tre norske. I det følgende redegjør vi for hvorfor vi valgte disse bøkene. Vi har også supplert med annet kildemateriale fra norsk medisinhistorie. Utvalget av disse tekstene gjør ikke krav på representativitet, snarere har vi ønsket å løfte frem tekster som kan vise oss eksempler på en annerledes tenkning når det gjelder alvorlig sinnslidelse.

Historisk perspektiv

Vi har med denne artikkelen ønsket å se nærmere på hva som preget deler av tenkningen i Europa og Norden når det gjaldt forståelsen av alvorlig psykisk lidelse for Kraepelin. Kunnskap om tidligere tiders

tenkning omkring alvorlig psykisk lidelse, vil verken være nødvendig eller tilstrekkelig for å imøtekomme de endringsprosesser som nå er i gang, men det vil hjelpe oss til å sette vår egen tid, og våre egne bestrebelser i perspektiv.

Vi har valgt å undersøke fire tekster fra ulike perioder på 1800-tallet. Det dreier seg for det første om *A Dictionary of Medicine – designed for popular use* fra 1831 av Dr. Alexander Macaulay (24) (første utgave er fra 1827. Ettersom Macaulay i annen utgave fra 1831 nevner en tekst av John Abercrombie fra 1830, tyder det på at andre utgave er noe revidert). Oppslagsordet «insanity» brukes som grunnlag for en redegjørelse og begrepsavklaring.

For det andre har vi brukt det danske oppslagsverket *Almindeligt Sundhedslexicon* fra 1856 av Dr. August Thornam (1813–80) (25) og de korresponderende oppslagsordene «sjelesygdomme eller sindssygdomme». Både Macaulays og Thornams bøker var leksika ment for folk flest, og ikke instrumenter for spesialister. Denne typen oppslagsverk var ofte konsensusbasert og ga en bred redegjørelse for de enkelte begreper. De er valgt ut fordi de er tydeligere på definisjon og klargjøring ettersom forfattere av slike bøker tar mindre for gitt av forkunnskaper enn forfattere av bøker rettet mot et spesialisert publikum.

Som eksempler på nasjonale strømninger, har vi valgt forelesningstekster av Dr. Christopher Leegaard (1851–1921) (26) og Harald Holm (1852–1926) (27). Leegaard var amtslege i Kristiania og den første i Norge med spesialutdanning i nevrologi (professor i *nerveysygdomme* fra 1895). Holm var assistentlege ved Christiania Bys Sindsygeasyl da forelesningene, som er de første i psykiatri for medisinstu-

denter, ble holdt. Begge disse forelesningstekstene er myntet på et relativt generelt publikum, henholdsvis amtsleger og medisinstudenter. Det er av den grunn flere definisjoner og klargjøringer i disse tekstene enn man ville finne i en tekst rettet mot spesialister.

Begreper og glidende overganger mellom normalitet og sykkelighet

Macaulay tredeler sinnssykebegrepet og lar det omfatte kategoriene 1) mani, 2) idioti og 3) melankoli. I hans beskrivelse av manien ligger de symptombildene som favner nåtidens alvorlige sinnslidelser, dvs. både bipolar lidelse og schizofrenispekterlidelser. Med andre ord oppfattes dette som én sykdomsenhet med ulike uttrykksformer. Idiomi og melankoli i denne sammenheng betegner tilstander som i dag henholdsvis ville falle innenfor kategoriene psykisk utviklingshemning og isolert vrangforestillingslidelse, og vil ikke bli behandlet her.

Thornam opererer med begrepene «sjelesygdomme» eller «sindssygdomme». I hans definisjon står forholdet mellom sjel og legeme sentralt. Sinnssykdom oppstår når dette avhengighetsforholdet er forstyrret. Til tross for at humoralpatologiens temperamentslære var på vei ut, kommer den fortsatt til uttrykk både hos Macaulay og Thornam. Den skulle bli avløst av troen på mer hjerneorganiske årsaker kort tid etter.

Macaulays og Thornams leksika favner mye av det samme tankegodset. De redegjør for symptomer, mulige årsaker og forløp. Begge tar et spesifikt forbehold når det gjelder gyldigheten av grensedragningene mellom sykt og friskt, som er interessante i lys av den pågående kontinuumsdebatten. Macaulay sier for eksempel: «It is often difficult to draw the line between a

certain degree of this condition (eccentricity) and insanity, and in fact they very often pass into each other» (24, s. 337), mens det hos Thornam heter: «Grændsen imellem en sjelelig sygdom og sjelelig sundhed er ofte meget vanskelig at drage» (25, s. 618).

I Norge hadde man frem til 1840-tallet brukt termen «sindssvag» om noenlunde den samme gruppen lidende. Dette ble tilsidesatt til fordel for ordet «sinnssykdom» som ble innført av den norske psykiatriens foregangsman, Herman Wedel Major (1814–54) og sanksjonert i den første norske sinnssykeloven av 1848 (28, s. 15). Som begrepet sier var alvorlig psykisk lidelse nå blitt et medisinsk fenomen, som det var legenes oppgave å håndtere og behandle.

Christopher Legaard tilhørte denne «nye tid» på slutten av 1800-tallet. Humoralpatologien var borte fra det medisinske univers, og i stedet fant man en økende biologisering innenfor den psykiatriske kunnskapen. Likevel gjenfinnes tanker om den uskarpe overgangen mellom normalitet og sykdom. Dette er spennende formuleringer tatt i betraktning at man i dag heller mot å fronte *graden av påvirkning på atferd og funksjon*, og ikke symptomet per se som den viktigste definisjonsmessige indikatoren når det gjelder patologiske tilstander versus normalitet. I Legaards forelesninger fra 1894 uttrykkes disse tankene slik: «Forøvrigt Sunde kan være hallucinerede... Det vil ogsaa være Dem bekendt, at mange berømte Mænd har lidt av hallucinationer. Disse er saaledes ikke i og for sig Tegn paa Sindssygdøm. Den Sunde kan nemlig undersøge Forholdet og overveie; han kommer til den slutning at det hele var Bedrag, og berøres ikke yderligere af det» (26, s. 10).

I sine forelesninger i psykiatri for medisinstudenter, publisert et år etter Leegaards forelesninger, setter Harald Holm likhetstegn mellom psykosebegrepet og sinnslidelser. Overgangen mellom friskt og sykt er også for ham flytende: «...det ikke findes nogen anerkjendt norm for psykisk sundhed, og derfor er ogsaa overgangen mellem det psykisk sunde og psykisk syge ikke skarp. Vi maa derfor opstille en neutral overgangszone mellom begge» (27, s. 3).

Sinnssykdom som et enhetlig konstrukt

Fenomenologisk beskriver Macaulay sinnssykdom som én sykdom, men med et heterogent symptombilde avhengig av temperamentet hos den syke. Den gangvinske (for mye blod) får vrangforestillinger fremsatt som beskyldninger i et rasende tempo, utpreget mistenksomhet rettet mot dem som står en nærmest, usammenhengende, forvirrende tale, utålmodighet og tap av kontroll over viljen. Melankolikeren (for mye sort galle) er preget av tristhet, depresjon og fremstår som sløv/treg uten at man kan



Åtte kvinner som personifiserer lidelsene dementia, megalomani, akutt mani, melankoli, idioti, hallusinasjon, erotisk mani og paralysie, i hagen til Salpêtrière-sykehuset i Paris. Litografi av A. Gautier, 1857. Foto Wikipedia

finne noen åpenbar ytre årsak. Ifølge Macaulay er disse pasientene ofte pessimistiske og foretrekker å være alene. De blir lett opphisset og sinte, og kan bli voldsomme. Når sykdommen er som mest uttalt, er de svært utsatt for å ta sitt eget liv. Etter et anfall kan de føle både anger og sorg og fremstå som stille og ha vanskeligheter med å følge med (dårligere kognitiv fungering).

Thornam gir en relativt ensartet beskrivelse av et heterogent symptombilde og understreker samtidig: «Imidlertid er det vanskelig at trekke nogen bestemt grænse mellem de forskjellige former, da de oftest spiller over i hinanden, og vexle med hinanden. Den melankolske, selv den fjoldele kan have anfald af raseri osv. Derfor har det altid været vanskelig at opstille et system» (25, s. 624).

Direktør og overlege Ole A. Sandberg ved Gaustad Asyl ga uttrykk for liknende holdninger ved flere anledninger, som f.eks i 1867: «Et melancholsk forløberstadium er ved alle Sindssygdomsformer almindeligt, saa almindeligt, at mange Sindssygelæger ere tilbøielige til at anse det som mangel paa noiagtig lagtagelse, naar det er over-seet» (28, s. 138).

Sandberg skiller ikke mellom forskjellige sykdomsenheter, men beskriver hvordan symptombildene glir over i hverandre. Det dreier seg om en sykdom som starter på en bestemt måte, men som i løpet av sitt forløp utvikler seg i ulike retninger.

I Leegaards forelesninger gjenfinner vi enhetstankegangen under hans inndeling av sinnssykdommer. Den første kategorien omfatter sykdommer som rammer dem som i utgangspunktet har vært ansett som friske personer. «Hjernen har altsaa her været sund fra Begyndelsen af, er bleven syg og kan atter blive sund. Herhen hører Melan-

koli, Mani og Forvirringsformerne med den akute Forrykthed» (26, s. 51).

Etter å ha beskrevet disse tilstandene, oppsummerer han som følger: «Alle de Former, som jeg hidtil har nævnt, har, som De vil have bemærket, megen indre lighed, Aarsagsforholdene er de samme, og de enkelte Sygdomstegn er de samme. Der er kun Forskjel i den Voldsomhed, hvormed de optræder, og den Tidsfrist, hvori de forløber... For lægen mener jeg imidlertid det er viktigere at se Enheden i alle disse Former og at erkjende dem som Lidelser, der ikke alene hører noie sammen, men i Virkeligheden kun er vexslende Former inden samme Gruppe» (26, s. 69).

Harald Holm diskuterer flere steder i sine forelesninger overgangen mellom de ulike psykiatriske tilstandene. Han var nok for klarere skillelinjer mellom ulike diagnostiske kategorier enn det Leegaard var. Dette skyldes nok delvis at hans forelesninger utelukkende omhandlet de alvorlige sinnslidelser, og bevisst utelukkete den generelle psykiatri og de tilhørende diskusjoner av grensedragninger mellom sykt og friskt. Men til tross for de klare kapitellinndelingene basert på spesifikke kategorier, diskuterer han sideløpende hvorvidt disse diagnosene er så avklarte som det kan synes og hvorvidt de enkelte diagnosene kan kombineres.

Taksonomiske kontroverser var mangfoldige på 1800-tallet. Den klassifikasjonsmetoden som hadde rådet grunnen fra slutten av 1700-tallet og inn på begynnelsen av 1800-tallet bygde på de samme prinsipper som Carl von Linné og hans botaniske system hvor felles ytre trekk var utslagsgivende for kategoriseringen. Dette ble i begynnelsen av 1800-tallet erstattet av mer empirisk baserte kategorier basert på frekvensanalyser av symptomer og etiologiske

spekulasjoner (29). På begynnelsen av 1800-tallet opererte man derfor en periode med mange ulike kategorier, som melankoli, mani, phrenesi, delirium, paranoia, letargi, carus og dementia for å beskrive alvorlig sinnslidelse. Omkring 1850 hadde disse kategoriene undergått en oppdeling og dekonstruksjon: Noen (carus, phrenesi), forsvant fullstendig, andre ble gruppert sammen (for eksempel delirium, dementia), mens andre igjen fikk et helt annet innhold (melancholia, mania) (29, s. 355).

Et viktig aspekt for å fremme forståelsen for de kontroverser som pågikk i annen halvdel av 1800-tallet, er innføringen av en temporal dimensjon i forståelsen av sinnssykdom. Denne dimensjonen kom med fremveksten av asylene som gjorde longitudinelle studier av pasienten mulige. Dette medførte blant annet at tidligere tiders syn på sinnssykdom som en irreversibel prosess ble utfordret, og det ble mulig å korrigere og modifisere tidligere diagnoser. I annen halvdel av 1800-tallet reagerte flere mot det de oppfattet som prolifererende klassifikasjoner. Med Ernst Albrecht von Zeller (1804–77) i spissen hevdet de at det bare fantes én form for sinnslidelse, enhetspsykosen, og at dens mangfoldige presentasjoner var et resultat av patoplastiske faktorer (30). Psykiateren Heinrich Neumann (1814–84) hevdet for eksempel: «Hver klassifikasjon av sinnslidelse er kunstig. Vi burde kaste dem alle over bord... det er bare en form for mental sykdom, det er galskap (Wahnsinn), som ikke har forskjellig form men bare representerer forskjellige stadier» (31, s. 168).

Enhetsstanken etter Kraepelin

Kraepelins dikotomi har preget psykiatrien helt opp til vår egen tid, men leser man teksten nøye, kom det frem at han allerede i 1920 i sin artikkel «Die Erscheinungsformen des Irreseins» var på vei til å forlate den diskurs han selv var med og starte: «We shall have to get used to the fact that our much used clinical check-list does not permit us to differentiate reliably between manic-depressive illness and dementia praecox» (32).

Psykiatrihistorikeren German E. Berrios oppgir dette som en av flere grunner til at enhetsstanken har levd et parallelt liv siden 1940-årene (32). Han nevner førende teoretikere som har stilt seg kritiske til tanken om en dualisme innen sinnssykdomsbegrepet gjennom hele 1900-tallet; Klaus Conrad (1905–61), poengterte hvordan affektive tilstander og psykose kunne gli over i hverandre og funderte over det faktum at individer med syklotym lidelse oftere fikk barn med en schizofrenidiagnose enn andre. Karl Menninger (1893–1990) så sykdom som et kontinuum fra frisk til syk og definerte alvorlighetsgraden etter grad av sosial dysfunksjon. Tim Crow er i nyere tid blitt tatt til inntekt for liknende tanker ved å påpeke en

manglende bimodal separasjon mellom de to psykosene samt felles etiologiske og genetiske faktorer. Nyere forskning har tatt opp i seg tidligere tiders debatt angående enhetspsykosen. Denne diskuteres i forlengelse av debatten rundt DSM-V, hvor det spås at man allerede ved neste revisjon vil gå vekk fra underkategoriene når det gjelder schizofreni, og gå inn for et videre, mer syndromalt psykosebegrep (33).

Betydningen av historie

Formålet med denne artikkelen har ikke vært å forklare historiske begivenheter. Snarere har vi forsøkt å se på ulike tenkemåter fra en tid før de moderne klassifikasjonssystemene kom, for slik å kunne bidra med innspill i den pågående debatten angående diagnostisering- og kontinuumsdebatten i psykiatrisk forskning.

Men vi mener dette også gir en påminnelse om at all forskning bør ses i et historisk perspektiv. Det er hevet over enhver tvil at vår tid er preget av både tekniske og vitenskapelige fremskritt innen medisinen. Både sykdom, diagnosekonstruksjoner og legenes tenkemåte reflekterer og påvirker den sosiale konteksten individet befinner seg i og de holdninger som omgir en.

Det har vært påpekt at et historisk perspektiv er av enda større betydning i psykiatrien enn i andre medisinske disipliner fordi selve behandlingen er preget av en til dels forvirrende pluralisme som delvis skyldes uklare diagnostiske grenseoppganger (34). Å kunne vedkjenne seg denne usikkerheten og være mistroisk overfor enkle løsninger er en viktig egenskap å ha med seg i møtet med den alvorlig psykisk syke.

Videre har psykiatrien vært preget av et blandet forhold til egen historie. Den er sammensatt, med vitenskapelige «fremskritt» som fremstår som uakseptable for oss (35), og som vi har ønsket å skyggelegge i ettertid. Denne skyggeleggingen kan imidlertid også gjøre oss delvis historieløse. Det eksisterer et stort behov for å skille den «nye psykiatrien» fra «den gamle», forståelig nok hvis vi kun setter den i forbindelse med metoder vi ønsker å ta avstand fra. Det er imidlertid en fare for at man ved å avvise sin fortid så kategorisk, også fratar seg selv muligheten til å vurdere de veiene man valgte fra.

1800-tallets tenkning rundt fenomenet sinnssykdom gjør det betimelig å stille spørsmål om hvilke konsekvenser den senere dikotomiseringen av sinnssykebegrepet fikk når det gjaldt vår tilgang til pasienten. Ved å plassere pasienter i kategorier som man mente representerte valide grupperinger, og som man mente ga gyldige retningslinjer for prognose og behandling, ble behovet for å se det individuelle i pasienten redusert. Men slik reduserer man, både som behandler og pasient, det håp som ligger i selve kompleksiteten. Hver pasient har et sett av utfordringer og muligheter som ikke nødvendigvis henger

sammen med diagnosen, men derimot krever individuelle vurderinger for å kunne håndteres på beste måte.

Kristin Lie Romm (f. 1969)

er lege og for tiden ansatt ved Josefinesgate DPS. Hun har en ph.d. fra Enhet for psykoseforskning ved Oslo universitetssykehus, og er medlem av Utvalg for grunnlagsproblemer i psykiatrien [Norsk psykiatrisk forening].

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Anne Kveim Lie (f. 1969)

er førsteamanuensis i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2010; 41: 1–8.
2. Kraepelin E. *Dementia Praecox and paraphrenia* (1913). Translated by Barclay R.M; E. & S. Livingstone, Edinburgh, 1919.
3. Bleuler E. *Dementia Praecox – or the group of schizophrenias* (1911). Translated by Zinkin, J. International Universities Press, 1952.
4. Insel TR, Wang PS. Rethinking mental illness. *JAMA* 2010; 303: 1970–1.
5. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 364–6.
6. Linscott RJ, Allardyce J, van Os J. Seeking verisimilitude in a class: a systematic review of evidence that the criterial clinical symptoms of schizophrenia are taxonic. *Schizophr Bull* 2010; 36: 811–29.
7. Van Os J. Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific and useful? The case of schizophrenia. *J Ment Health* 2010; 19: 305–17.
8. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635–45.
9. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009; 39: 179–95.
10. Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 391–419.
11. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa Telles L et al. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord* 2008; 106: 209–17.
12. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 364–6.
13. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. Psychosis genetics: modeling the relationship between schizophrenia, bipolar disorder, and mixed (or «schizoaffective») psychoses. *Schizophr Bull* 2009; 35: 482–90.
14. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy – going, going... but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 92–5.
15. Ileva EI, Morris DW, Moates AF et al. Genetics and intermediate phenotypes of the schizophrenia–bipolar disorder boundary. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34: 897–921.
16. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet* 2009; 373: 234–9.
17. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A et al. Neurocognitive dysfunction in bipolar and schizophrenia spectrum disorders depends on history of psy-

>>>

- chosis rather than diagnostic group. *Schizophr Bull* 2011; 37: 72–83.
18. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009; 39: 179–95.
 19. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 189–91.
 20. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 243–8.
 21. van Os J, Gilvarry C, Bale R et al. To what extent does symptomatic improvement result in better outcome in psychotic illness? UK700 Group. *Psychol Med* 1999; 29: 1183–95.
 22. Möller HJ. Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches: Kraepelin's dichotomy and beyond. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 (suppl 2): 48–73.
 23. Grinker RR. In retrospect: The five lives of the psychiatry manual. *Nature* 2010; 468: 168–70.
 24. Macaulay A. *Dictionary of Medicine, designed for popular use*. 12. utg. Edinburgh: Adam and Charles Black, 1831.
 25. Thornam A. *Almideligt Sundhedslexikon, En populær haandbog*. P.G. Philipsens Forlag-Louis Kleins Bogtrykkeri, 1856.
 26. Leegaard C. *Forelæsninger over sindssygdomme, afholdt for distriktslæger høsten 1894*. Kristiania: H. Aschehoug & Co.s Forlag, 1895.
 27. Holm H. *Den specielle psykiatri for læger og studerende: forelæsninger holdte ved Kristiania universitet 1895 med sygehistorier, facsimiler af haandskrifter samt tegninger*. Kristiania: Cammermeyer, 1895.
 28. Skålevåg SA. *Fra normalitetens historie, Sinnssygdом 1870–1920*. Bergen: Svein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning i Bergen, 2003.
 29. Berrios GE. *Descriptive psychiatry and psychiatric nosology during the nineteenth century*. I: Wallace ER, Gach J, red. *History of psychiatry and medical psychology*. New York: Springer Science and Business media, LCC, 2008.
 30. Angst J. Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 57: 5–13.
 31. Neuman H. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Erlangen: Enke, 1859.
 32. Berrios GE, Beer D. The notion of a unitary psychosis: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 1994; 5: 13–36.
 33. Kumbier E, Herpertz SC. Helmut Rennert's universal genesis of endogenous psychoses: the historical concept and its significance for today's discussion on unitary psychosis. *Psychopathology* 2010; 43: 335–44.
 34. Mulder RT. Why study the history of psychiatry? *Aust N Z J Psychiatry* 1993; 27: 556–9.
 35. Haave P. *Ambisjon og handling : Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub forlag, 2008.

Mottatt 1.10. 2010, første revisjon innsendt 16.5. 2011, godkjent 10.11. 2011. Medisinsk redaktør Erlend Hem.