

# Ogräs, åkertistlar och taggiga växter – Psykiatrisk diagnostik ur ett vetenskapsteoretiskt och begreppsfilosofiskt perspektiv

**Lars Klintwall**

*Lars Klintwall, Høgskolen i Oslo og Akershus*

*Tack till: Rasmus Berggren, Martin Bellander och Jonas Ramnerö*

## **Sammanfattning:**

*Psykiatriska diagnoser är kontroversiella. Vissa, ofta psykiatriker, menar att psykiska tillstånd går att dela upp i distinkta klasser medan andra, ofta psykologer, menar att all sådan uppdelning gör våld på verkligheten. Dessutom har psykiatrin anklagats för att vara moraliserande: vem kan avgöra vad som är sjukt och friskt? Är autism en sjukdom? Utifrån en pragmatisk begreppsanalys är uppdelningen mellan sjukt och friskt nödvändigtvis godtycklig. Precis som när en trädgårdsmästare avgör vad som är ogräs så beror det på situationen och ens syften. Och precis som växterarter ibland är distinkta arter så kan vissa psykiatriska diagnoser vara distinkta klasser, och andra inte. Kanske är autism en avgränsad diagnos, kanske inte. Men ibland är inte artsuppdelning det mest användbara för en trädgårdsmästare, precis som det inte behöver vara det för psykiatrin. Istället kan man formulera nya kategoriseringar helt baserade på pragmatiska hänsyn. Ibland räcker det med taggiga växter och socialt indifferenta barn.*

## **FOU-artikkel**

### **Nyckelord**

Psykiatri, diagnostik, DSM

### **Inledning**

Vetenskapligt framåtskridande handlar i stor utsträckning om förändringar i klassifikationssystem. System för att klassificera människor och beteendekluster har under de senaste hundra åren varit ett viktigt projekt för traditionell psykologi och framförallt psykiatri. Båda dessa ämnen har under samma tid fått utstå både intern splittring och kraftig kritik utifrån, och klassifikation har varit centralt i dessa konflikter (Cooper, 2007).

Sextiotalets antipsykiatrirörelse hade som minsta gemensamma nämnare sin kritik mot psykiatrins uppdelningar av världen (Berlim, Fleck & Shorter, 2003). Man kritiserade uppdelningen att människor antingen är vansinniga eller förnuftiga och menade att denna skiljelinje bara är ett uttryck för samhällets förtryck av oliktankare. Psykiatrins diagnossystem har utvecklats av psykiatriker, och andra yrkesgrupper inom området psykisk hälsa har kritiserat den uppdelning av beteenden som läkarna har gjort och hävdar att den är uttryck för biologism och möjligen också är påverkad av smutsiga vinstintressen från läkemedelsindustrin.

Mitt i stormen kring psykiatrisk diagnostik står en liten röd bok: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) som ges ut av American Psychiatric Association. DSM är en lista med psykiska störningar och kriterier för att bestämma om en patient har störningen. *DSM bestämmer alltså både gränserna för psykisk sjukdom och gränserna mellan de olika sjukdomarna.* Utifrån DSMs gränsdragningar utformas lejonparten av psykiatrisk forskning om etiologi, prevalens och behandling. Diskussioner om psykiatrisk diagnostik kretsar kring denna bok (och i någon mån Världshälsoorganisationens tätt sammankopplade system: ICD).

Diskussionerna kring psykiatrisk diagnostik handlar framför allt om huruvida DSM-systemet stämmer med verkligheten eller inte. Består systemet av "naturliga kategorier" eller "naturliga sorter". Är det helt godtyckligt vilka sjukdomar som listas i DSM eller finns det en naturgiven gränsdragning mellan galenskap och förnuft? Stämmer de diagnostiska kriterierna överens med någon objektiv sanning om dessa sjukdomar på samma sätt som de tycks göra för många kroppsliga sjukdomar? Hur skulle radikalt alternativa diagnossystem kunna se ut?

Omformulerat är det alltså dessa tre frågor som vi söker svar på:

1. *Är psykisk sjukdom en naturlig kategori?*
2. *Kan de olika psykiatriska diagnoserna vara diskreta naturliga kategorier?*
3. *Hur kan ett diagnossystem utan diskreta klasser se ut?*

Innan vi ger oss i kast med de här problemen bör någonting sägas om begreppet "naturlig kategori".

### **Ett ord om begreppet "naturlig kategori"**

I diskussioner om klassifikationssystem kommer ofrånkomligen "naturliga kategorier" upp, ett begrepp som filosofer har använt med olika betydelser. En vanlig användning är att om man slår fast att ett klassifikationssystem speglar naturliga kategorier så har man funnit det naturliga sättet att dela upp världen på: "to carve nature at its joints." Exempel som oftast nämns är biologiska arter och grundämnen. Detta är i själva verket en tämligen extrem epistemologisk och ontologisk idé och mer pragmatiskt lagda författare som diskuterar diagnostik värjer sig mot detta användande (Hacking, 1999). Istället bör man alltid se klassifikationssystem som mer eller mindre *användbara* givet vissa syften. Det är inte uppenbart varför klassifikation av djur efter släktskap eller uppdelning av grundämnen efter antal protoner skulle vara den uppdelning som ligger närmast naturen. Dessa är emellertid de bästa uppdelningarna givet våra nuvarande syften.

Vi måste alltså komma ihåg att vi inte letar efter någon sjukdomens *essens*, vi letar efter de mest *pragmatiska* uppdelningarna för att hjälpa människor med problem (även om utvecklingen av DSM till stor del drivits av sökande efter *essens*). När begreppet används nedan är det alltså synonymt med "våldigt bra kategori", i betydelsen att den kommer kunna användas till sådant som naturvetenskapliga kategorier vanligtvis kan: säkra prediktioner. Filosofen Rachel Cooper (2007) har kallat detta för "practical kinds". Att använda begreppet naturliga kategorier trots den förvirring som det kan leda till motiveras av att detta begrepp är det som används i övrig litteratur. Dessutom gör det ingen skillnad om vi strävar efter användbara eller "naturliga" kategorier - kategorierna blir detsamma.

## 1. Är psykisk sjukdom en naturlig kategori?

En central kritik mot psykiatrisk diagnostik är att den påstås ha ett normativt inslag. Man har menat att det inte kan vara vetenskapligt om det finns utrymme för subjektivitet när man avgör vad som ska räknas som en psykisk sjukdom och vad som ska räknas som friskt. Det finns ett antal förslag på objektiva definitioner på psykisk sjukdom, definitioner som försöker fånga en naturgiven gräns.

I inledningen till DSM presenteras en definition på psykisk störning (eng. "mental disorder"). Denna definition stipulerar att tillståndet ska orsakas av en dysfunktion inom individen samt vara smärtsamt eller handikappande. Det avvikande beteendet får inte vara en förväntad respons på en viss händelse (APA, 1994). Denna definition kan sammanfattas som "harmful dysfunction" (Cooper, 2007). Denna definition är förvisso icke-normativ. Emellertid uppstår flera problem om denna definition ska bestämma vad som räknas som psykisk sjukdom:

Till att börja med tycks inte författarna till DSM själva ha använt denna definition. Ett exempel är posttraumatiskt stressyndrom vars kriterier uttryckligen kräver en specifik händelse som orsak till syndromet. Det är heller inte relevant att tala om en icke-förväntad respons när vi vet att uppemot hälften av alla våldtäktsdrabbade utvecklar denna symtombild. Detsamma kan förstås sägas om fobier och depression. Applicerade man denna definition så skulle alltså flera tillstånd som vi i vardagspråket benämner som sjukdomar, och tillstånd som vi alla är överens om ska behandlas inom sjukvården, inte längre räknas som just sjukdomar (Kutchins & Kirk, 1997).

Ytterligare ett problem med denna definition är förstås att den förutsätter dysfunktioner inuti individer. Det är inte på något vis uppenbart vad som ska räknas som en dysfunktion. Vanligtvis förstår man detta som att en dysfunktion är brister i en mekanism som evolutionen har skapat för ett visst ändamål. Ett exempel är njursvikt, som är en brist i njurens funktion att rena blod. Förutom att det är oerhört svårt att veta vilka neurala mekanismer som evolutionen lämnat oss med så kan man lätt tänka sig funktioner som evolutionen säkerligen inte skapat och i vilka vi ändå tycker att en dysfunktion ska räknas som sjukdom. Ett exempel på detta är dyslexi. Det tycks också innebära att homosexualitet är en dysfunktion, men få skulle idag se detta beteende som patologiskt. Andra tillstånd, exempelvis maniska episoder, kan tvärtom ha blivit främjade av evolutionen, men vi tycker ändå att detta tillstånd är sjukligt (Cooper, 2007).

Ett annat försök till definition stipulerar att bara tillstånd som tydligt orsakas av en

neurologisk skada ska räknas som en sjukdom. På engelska innebär det att man sätter likhetstecken mellan en psykisk "disorder" och "disease". Denna definition är otillfredställande eftersom man med dagens kunskapsläge knappt skulle ha några psykiska sjukdomar alls: ingen schizofreni, depression eller autism (Cooper, 2007).

Av detta kan man dra slutsatsen att stipulerade definitioner av psykisk sjukdom som försöker vara objektiva eller ens ställa upp ett litet antal kriterier hamnar i konflikt med våra språkliga intuitioner (Brülde & Tengland, 2003). Det tycks inte finnas någon klar och samtidigt användbar gränsdragning att finna, och vi kan förkasta tanken att psykisk sjukdom skulle vara en naturlig sort. Vad som räknas som psykiskt sjukt blir istället en pragmatisk fråga: vad vill och kan vi behandla inom sjukvården? Eller annorlunda uttryckt, vilka beteenden finner vi oönskade och möjliga att behandla medicinskt?

Rachel Cooper (2007) har föreslagit en analogi med trädgårdsskötsel: Vad är det som räknas som ogräs i en trädgård? Att avgöra detta är en subjektiv och estetisk bedömning. Det kan till och med vara så att någonting räknas som ogräs i en del av trädgården men inte i en annan. Olika trädgårdsmästare kan ha olika uppfattning om vad som är ogräs, kanske på grund av någonting så trivialt som ambitionsnivå. Men detta gör inte begreppet ogräs meningslöst eller oanvändbart.

Det kan tyckas lättsinnigt att dra slutsatsen att gränsdragningen mellan friskt och sjukt är godtycklig. Och det är verkligen viktigt att komma ihåg att var man drar gränsen har konsekvenser. Om ett problematiskt beteende klassificeras som sjukdom så påverkar detta vilket slags behandlingar vi kommer pröva. Om beteendekluster som ADHD och trotssyndrom räknas som sjukdomar ligger det kanske närmre till hands att dessa bäst behandlas med medicinska metoder istället för pedagogiska. Det fungerar i båda riktningar: Patologiseringen av många beteenden under 1900-talet kan i stor grad förklaras av att man upptäckt fler farmaka att motarbeta dessa beteenden med, exempelvis som när upptäckten av Antabus fick alkoholism att ses som en sjukdom (Rounsaville et al, 2002).

Det är meningslöst att försöka hitta någon objektiv gräns för "kliniskt signifikant lidande" eller liknande. Vad som räknas som sjukt och friskt måste få påverkas av tillgång till resurser eller andra pragmatiska hänseenden man har framför sig.

## **2. Kan de olika psykiatriska diagnoserna vara diskreta naturliga kategorier?**

En annan viktig kritik av psykiatrisk diagnostik handlar om den faktiska klassificeringen som görs. Det har hävdats att denna kategorisering är fullständigt godtycklig. Uppdelningen i debatten är vanligen mellan socialkonstruktivister, som menar att systemet är godtyckligt, och dem som Brülde och Tengland (2003) kallar för "diagnostiska realister" som föreställer sig att diagnoser är naturliga kategorier som existerar oberoende av vårt språkbruk. Frågan här är inte huruvida nu existerande diagnossystem övertygande avspeglar en objektiv verklighet, utan bara om ett sådant system är möjligt.

Diagnosrealism tycks fungera väl inom delar av den somatiska vården: om en patient diagnostiseras med en HIV-infektion så ger detta en tämligen säker prognos och indikerar en viss behandling (Cooper, 2007). En skillnad mellan de kroppsliga diagnoserna och de

psykiatriska är den funktion som symtomen fyller. För de somatiska diagnoserna *tyder* symtomen på en sjukdom: Kaposis sarkom indikerar HIV-infektion, vilket man kan validera med ett prov som mäter virushalt i blodet. Virushalten är sjukdomen. För de psykiatriska diagnoserna finns inte något sådant facit, istället *definierar* symtomen sjukdomen. Dålig ögonkontakt och stereotypa beteenden tyder inte på autism, de *är* autism. Att diagnostisera en person med autism *förklarar* inte varför personen beter sig som hon gör, det är bara en beskrivning av beteenden (Ramnerö & Törneke, 2006). Den här skillnaden görs på engelska ibland som skillnaden mellan "syndromes" och "diseases", vilket också påminner om att vissa kroppsliga sjukdomar också är symptomdefinierade. De diagnostiska realisterna antar alltså att syndromen *kommer att bli* diseases. Det är emellertid inte nödvändigt att de psykiatriska syndromen går att reducera till en kroppslig sjukdom för att kalla dem naturliga kategorier, på samma sätt som biologiska arter fungerade väl som naturliga kategorier innan vi kunde undersöka deras genetiska grund (Cooper, 2007).

Argument mot diagnosrealism går oftast ut på deras föränderlighet och hur själva klassifikationssystemet påverkar sjukdomarna i ett feedbacksystem (Hacking, 1995). Att psykisk sjukdom har sett olika ut under olika tider är uppenbart, exempelvis har symtombilden för det vi idag kallar depression bytt form otaliga gånger under historiens gång (Johannisson, 2009), innehållet i vanföreställningar skiftar med kulturer (Cooper, 2007) och vissa psykiska sjukdomar tycks bara kunna existera under vissa miljöbetingelser (Hacking, 1998). Det är emellertid inte alls uppenbart varför förändring beroende på kontext skulle omkullkasta idén om diagnosrealism, i själva verket är detta att förvänta sig. Biologiska arter existerar på vissa platser och tider eller förändrar sin form efter miljöbetingelser. Detsamma kan gälla för kroppsliga sjukdomar (Cooper, 2007).

En distinktion är på sin plats: diskussionen behöver inte gälla alla diagnoser. Vissa diagnoser kan vara naturliga kategorier samtidigt som andra inte är det (Hacking, 1999). Vi kan utgå ifrån att diagnoser som exempelvis intermittent explosiv störning inte är en naturlig kategori utan bara är en godtyckligt dragen gräns för när ett beteende blir patologiskt. Det är värt att notera att DSM i realiteten inkluderar tillstånd som är rimliga reaktioner på extrema miljöbetingelser och det är i det närmaste otänkbart att dessa skulle gå att fånga i något som liknar naturliga kategorier. Däremot kan det ju finnas sjukdomar som faktiskt är naturliga kategorier. Den diagnosrealistiska positionen stöds av exempel på när syndrom har övergått till kroppslig sjukdom, exempelvis Alzheimers och Creutzfeld-Jacobs sjukdom (Rounsaville et al, 2002). Hacking (1999) menar att en underliggande biologisk sjukdom kan vara en naturlig kategori medan symtombilden påverkas av kontext och feedbacksystem. Att skilja på kroppslig orsak och symtombild skulle alltså lösa problemet med att symtombilder varierar med kultur och att de påverkas av sin egen klassificering.

För att göra en sammanfattning kan vi återgå till trädgårdsliknelsen. Det var alltså en pragmatisk bedömning vad i en trädgård som kan räknas som ogräs. Men de växter som klassificeras som ogräs eller inte kan vara distinkta arter. Ta exempelvis åkertistlar, som ibland räknas som ogräs och ibland inte. Åkertistel är samtidigt en väl avgränsad art och ett typexempel på en naturlig kategori. Men trädgårdsmästare kan samtidigt prata slarvigt om "buskar." Buskar är inte en naturlig kategori utan består av hundratals olika arter som inte har mer gemensamt än ungefärlig storlek.

### 3. Hur kan ett diagnossystem utan diskreta kategorier se ut?

Det är alltså *möjligt* att utforma ett diagnossystem som försöker finna symtomkluster och av dessa bygga användbara syndrom. Några av dessa skulle kunna vara naturliga kategorier. Kom ihåg, med naturliga kategorier menar vi här att de är pragmatiska och går att använda i vetenskapliga slutsatser. Nuvarande diagnossystem är dock långt ifrån målet med naturliga kategorier: fortfarande har ingen psykiatrisk diagnos någon specifik somatisk markör, diagnoserna har orimligt hög komorbiditet med varandra och gemensam ärftlighet och behandlingsmetoder är sällan specifika för någon särskild diagnos (Kupfer, First & Regier, 2002). De förberedande texterna för nästa utgåva av DSM erkänner till och med att syndromambitionen antagligen är orealistisk för de allra flesta tillstånd (Rounsaville et al, 2002). Kritik har också förts fram mot idén med ett ateoretiskt diagnossystem och menar att historien visar att vetenskaper utvecklas från att använda diskreta klassifikationssystem till att arbeta med specifika fall som påverkas av en kontext definierad av lagar och krafter (Carson, 1996).

Flera författare påpekar att ett stort problem är att DSM-systemets validitet har överskattats. DSM har homogeniserat forskning på behandling och försvårat nytänkande kring etiologier (Beutler & Malik, 2002, Jablensky, 2006, Rounsaville et al, 2002 och Follette & Houts, 1996).

En möjlig lösning på detta problem är ett diagnossystem i två delar (Jablensky, 1999): en diagnos för en underliggande somatisk sjukdom (exempelvis serotoninbrist eller fragilt-X) och en annan diagnos på beteendenivå (exempelvis depressionsbeteenden eller bristande ögonkontakt). Det somatiska diagnossystemet kan vara etiologibaserat och ha en teorigrund med större chanser att samla meningsfull kunskap på ett sätt som det förment ateoretiska DSM inte lyckats med (Follette & Houts, 1996). Om man därtill har ett parallellt diagnosystem som inte eftersträvar att göra om syndrom till kroppsliga sjukdomar skulle detta kunna vara mer användbart både för behandlingsforskning och klinisk verklighet. Forskning på kopplingar mellan dessa system skulle fortfarande ha möjlighet att upptäcka eventuella biologiska och genetiska etiologier till beteendediagnoserna (Klintwall, in preparation).

Förslag på diagnossystem med tydligare behandlingskoppling har också utformats. En spännande variant är system som bygger på dimensioner istället för kategorier, vilket är tänkt att fånga upp patienters individuella problem bättre (Hayes et al, 1996). En extrem variant av idiografisk diagnos med tydlig behandlingskoppling är en beteendeterapeutisk beteendeanalys som förklarar hur ett visst beteende hos en viss individ vidmakthålls. Eftersom poängen med en diagnos är att man ska kunna generalisera mellan patienter krävs emellertid att någonting teoretiskt relevant abstraheras ur en beteendeanalys. Detta kan exempelvis vara en konstruerad dimension. Behandlingsmetoder kan sedan utformas för problembeteenden orsakade av överskott eller underskott på en sådan dimension. Sådana dimensioner skulle skära igenom existerande diagnoskategorier och behöver inte heller definiera någon gräns gentemot normalitet. Ett exempel på en diagnosdimension som föreslagits är "undvikande av upplevelser" (eng. "experiential avoidance") (Hayes et al, 1996). Man kan också tänka sig dimensioner som positiva och negativa psykotiska symtom eller grad av regelstyrning. Inom ett smalt område som arbete med utvecklingsförsenade barn skulle en dimension som "basic learning ability" (Williams & Jackson, 2009) eller "social reinforceability" (Klintwall & Eikeseth, 2011) kanske vara mer användbara än diagnoser som autism, mental retardation eller språkstörning.

Tanken på dimensionella diagnossystem har tagits upp inför utformandet av den femte utgåvan av DSM. Även om flera fördelar med ett dimensionssystem noteras (framförallt dess potentiella validitet!) så konstaterar man att nackdelarna med ett sådant systems ovana upplägg för klinisk vardag och bristen på genomarbetade kandidater gör att detta antagligen inte kommer införas inom tidsramen för nästa utgåva (Rounsaville et al, 2002). En uppenbar väg framåt är alltså att ett alternativt och dimensionellt diagnossystem utvecklas, med tydlig koppling till behandling och med hög reliabilitet. Övergången från kategorier till dimensioner i andra vetenskaper har också följts av en alltmer ökad precision i mätningarna av dessa dimensioner och krafter (Carson, 1996).

Med risk för att dra Coopers metafor alltför långt kan ett dimensionellt diagnossystem jämföras med vissa begrepp man använder när man pratar om trädgårdar. ”Taggiga växter” i en trädgård definieras inte efter någon idé om arter eller naturliga sorter, utan utifrån hur vi måste hantera dem. För att arbeta i en trädgård är det ibland mest användbart att prata om taggiga växter. Det hjälper vid val av verktyg och metod för att rensa, men begreppet aspirerar inte på att vara en biologisk kategori. En uppdelning är bra så länge den är pragmatisk, och för en trädgårdsmästare är det ibland viktigt att tänka på DNA och ibland på verktygsval.

## **Sammanfattning**

Låt oss återvända till frågeställningarna, och konstatera vilka svar som konkluderats:

### ***1. Är psykisk sjukdom en naturlig kategori?***

Nej, denna gränsdragning är ofrånkomligen subjektiv. Var gränsen dras kommer att påverka hur man uppfattar att olika mänskliga problem bäst kan lösas och därför är det viktigt att hålla denna diskussion levande. I en trädgård är det en subjektiv bedömning vad som räknas som ogräs.

### ***2. Kan de olika psykiatriska diagnoserna vara diskreta naturliga kategorier?***

Ja, det är möjligt. Emellertid kommer antagligen bara en liten minoritet av det vi idag ser som psykisk sjukdom gå att fånga in i diskreta klasser. I trädgårdsmetaforen motsvaras detta av att vissa folkbotaniska sorter går att fånga i biologiska naturliga kategorier, exempelvis åkertistlar. Andra pragmatiska sorter motsvaras inte av någon distinkt biologisk kategori, exempelvis buskar.

### ***3. Hur kan ett diagnossystem utan diskreta klasser se ut?***

En väg framåt är möjligen att skilja på biologiska diagnoser och beteendediagnoser. Beteendediagnoserna skulle då kunna ta formen av flera dimensioner med olika mätmetoder och behandlingsindikationer. I trädgården motsvaras detta av att skilja på de biologiska arterna och rent pragmatiska uppdelningar av växterna. Även om ”taggiga växter” inte är någon biologisk art så är det ett användbart koncept när man ska välja verktyg eller prata med andra trädgårdsmästare.

## Litteratur

- American Psychiatric Association (1994): "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed." Washington: Pilgrim Press.
- Berlim, M. T., Fleck, M. P. & Shorter, E. (2003) *Notes on antipsychiatry*. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience 2003, 253, 61-67
- Beutler LE & Malik ML (2002) "Rethinking the DSM." Washington, DC: American Psychological Association.
- Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). "Hälsa och sjukdom – en begreplig utredning". Lund: Studentlitteratur.
- Carson, R. C. (1996) *Aristotle, Galileo, and the DSM Taxonomy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 64(6), Dec 1996, 1133-1139.
- Cooper, R. (2007) "Psychiatry and philosophy of science". London: Acumen Publishing.
- Follette, W.C & Houts, A.C (1996) *Models of Scientific progress and the role of theory*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 64(6), Dec 1996, 1120-1132.
- Jablensky A. (1999). *The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 33(2):137-44
- Jablensky, A (2006). *Subtyping schizophrenia: implications for genetic research*. Molecular Psychiatry. 11(9):815-36
- Johannisson, K: (2009) "Melankoliska rum". Stockholm: Natur & Kultur.
- Hacking, I (1995) "Rewriting the Soul". New Jersey: Princeton UP.
- Hacking, I (1998) "Mad Travelers". Cambridge, Mass: Harvard UP.
- Hacking, I (1999) "The Social Construction of What?" Cambridge, Mass: Harvard UP.
- Hayes S. C., Wilson, K G, Gifford, E V, Follette, V M & Strosahl, K: *Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 64(6), Dec 1996, 1152-1168.
- Klintwall, L. & Eikeseth, S. Number and controllability of reinforcers as predictors of individual outcome for children with autism receiving early and intensive behavioral intervention: A preliminary study. Research in Autism Spectrum Disorders, In Press, Corrected Proof. doi:16/j.rasd.2011.07.009.
- Klintwall, L: Individual Variation in Primary Reinforcer Valences – Concept, Pathology and Genetics. Manuscript in preparation.
- Kupfer, First & Regier (eds) (2002) "A research agenda for DSM-V", American Psychiatric Association.
- Kutchins H & Kirk SA (1997) "Making Us Crazy". London : Constable
- Ramnerö, J & Törneke, N: (2006) "Beteendets ABC". Lund: Studentlitteratur.
- Rounsaville et al. i Kupfer, Frist & Regier (eds) (2002). "A research agenda for DSM-V", American Psychiatric Association.
- Williams, W. L. & Jackson, M. L. i Rehfeldt, R. A. & Barnes-Holmes, Y (2009) "Derived Relational Responding" Oakland: New Harbinger.