

Mens vi venter på ICD-11

Kjersti Gulliksen
fagredaktør

Personlighetsforstyrrelser er prototyper, ikke sykdomskategorier, argumenterer Sigmund Karterud. I løpet av 2018 kommer ICD-11, og diskusjonen om diagnostisering av personlighetsforstyrrelser fortsetter.

De to internasjonale diagnosesystemene som brukes i forskning, utredning og behandling av psykiske lidelser, har begge vært gjenstand for utvikling og revidering over tid. Både det ferdigstilte revideringsarbeidet av DSM-4, som foregikk i mer enn 20 år, og det pågående arbeidet med å revidere ICD-10 har utløst omfattende debatter. Felles for debattene er spørsmålet om hvor skillet skal gå mellom hva som er normal og unormal atferd, hva som skal kjennetegnes som sykt eller friskt, og hvorvidt en kategorisk eller dimensjonal forståelse bør ligge til grunn for beskrivelsen av psykiske lidelser. I en kategorisk modell, slik som i DSM-4 og ICD-10, er diagnoser separate og distinkt adskilte tilstander. Det er imidlertid uklare grenser mellom kategoriene, og mange uttrykk for psykisk lidelse lar seg ikke like godt plassere innenfor slike avgrensede kategorier. Et alternativ til den kategoriske tenkningen er en mer dimensjonal forståelse, der psykiske lidelser befinner seg på et kontinuum av en underliggende sårbarhet, og der overgangene mellom de enkelte diagnosene er mer glidende enn absolutte. Ved revideringen av kapitlene om personlighetsforstyrrelser i DSM-5 og i ICD-11 ble spørsmålet om dimensjoner eller kategorier særlig heftig debattert, og i en vitenskapelig artikkel i denne utgaven (se side 262) beskriver Tor Erik Nysæter og kolleger personlighetsforstyrrelser som et «diagnostisk problembarn». Professor i psykiatri Sigmund Karterud har forsket på personlighet og personlighetsforstyrrelser i en årrekke, og vært tett på det innledende komitéarbeidet om personlighetsforstyrrelser i ICD-11, som lanseres i løpet av inneværende år. Karterud har lest artikkelen til Nysæter og kolleger, og i en e-post fra skiferie i Alpene sier han seg enig i at personlighetsforstyrrelser representerer en diagnostisk utfordring.

– Ja, mange har nok oppfattet personlighetsforstyrrelser som et «diagnostisk problembarn», sier Karterud. Han forteller at det etter hvert kom massiv kritikk mot systematiseringen av personlighetsforstyrrelser i separate kategorier, som emosjonelt ustabil og unnvikende personlighetsforstyrrelse.

– Kritikken bygger på en sykdomsforståelse av kategoriene, som om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse skulle være en «sykdomskategori». Personlig mener jeg at dette er en «scientistisk misforståelse», sier Karterud.

Om kritikken blir relevant eller ikke, avhenger av hvordan man forstår og forholder seg til de diagnostiske kategoriene, ifølge professoren.

– Oppfatter man kategoriene som sykdommer, er det et problem at det er uklare grenser mellom dem. Forskningsgruppen for personlighetspsykiatri, som jeg ledet ved Universitetet i Oslo, argumenterte i alle år for at kategorier for personlighetsforstyrrelser ikke burde forstås som sykdommer, men som prototyper, det vil si kriteriebestemte typologier som reelle personer kunne ligne mer eller mindre på. Når en pasient blir beskrevet gjennom eksempelvis både antall borderlinekriterier og samtidig kriterier for andre personlighetsforstyrrelser, ivaretas både dimensjonalitet og personlighetsprofiler. Og totalt antall kriterier er et godt mål for alvorlighet, sier han.

– Mitt poeng er at det fint går an å tenke dimensjonalt med DSM-4-systemet

Forskningsgruppen Karterud nevner, så ikke behovet for radikale endringer i diagnostisering av personlighetsforstyrrelser. Forskerne opplevde verken at det hadde skjedd vitenskapelige gjennombrudd som krevde endringer i diagnosesystemet, eller at det eksisterte konsensus om en paradigmatisk teori som kunne legges til grunn for endringene.

– Mitt poeng er at det fint går an å tenke dimensjonalt med DSM-4-systemet, men mektige faggrupper argumenterte for et *annet* dimensjonalt system. Det er femfaktormodellen som spøker i bakgrunnen her. Man ønsket dimensjoner som ikke handlet om «grader av personlighetstyper», men som var basert på statistisk deriverte faktorer, presiserer Karterud.

Han påpeker at dette er et forståelig ønske, da faktorer utledet av statistiske undersøkelser på sett og vis representerer en høyere grad av vitenskapelighet. Samtidig er det uttrykk for en ambisjon i retning av «carving nature at its joints», det vil si idéen om at valide faktorer stemmer perfekt med en slags underliggende naturlig anatomi eller struktur ved fenomener.

– Den amerikanske psykiaterforeningen konkluderte imidlertid med at det foreløpig ikke er tilstrekkelig vitenskapelig dekning for at dimensjonene som ble foreslått i DSM-5, representerte den endelige sannheten om patologiske personlighetsdimensjoner.

Opphetede diskusjoner

I det innledende DSM-5-arbeidet for PF tok man først sikte på omfattende endring av den kategoriske inndelingen i DSM-4. Imidlertid endte arbeidet i en slags hybrid av en kategorisk og en dimensjonal modell (se vitenskapelig artikkel side 262). Forslaget var gjenstand for mye diskusjon, og ble til slutt ikke tatt inn i den offisielle delen av diagnosemanualen. Man falt ned på å beholde den opprinnelige kategoriske modellen fra DSM-4 inntil det foreligger mer vitenskapelig støtte for det alternative forslaget. ICD-11 innføres i løpet av 2018. Ifølge Karterud har prosessen rundt personlighetsforstyrrelser vært turbulent også i arbeidet med ICD-11.

– Ennå er de ikke i mål med de endelige tekstene. Men det går omsider mot et system som er temmelig kompatibelt med den alternative modellen i DSM-5. Det dreier seg om en skala for vurdering av personlighetsforstyrrelse, uttrykt som mild, moderat eller alvorlig. Skalaen er mindre sofistisert enn den som Nysæter og medarbeidere beskriver for DSM-5, «Levels of personality functioning», og som de ser nærmere på i artikkelen sin.

I tillegg til skalaen for alvorlighet skal man i ICD-11 kunne foreta en (valgfri) karakterisering av individet på fem faktorer som kalles negativ affektivitet, tilbaketrukkethet («detachment»), dyssosialitet, manglende hemning («disinhibition») og tvangspreg («anankastia»).

Spørsmålet om personlighetstyper skulle inkluderes eller ikke i ICD-11, har vært veldig omstridt. I aller siste runde har man akseptert å ta med én type, som er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Dersom dette forslaget godtas, er det bare én av de opprinnelige åtte personlighetsforstyrrelsene i ICD-10 som beholdes.

– Det er en styrke at borderline personlighetsforstyrrelse er beholdt. Som spesielt engasjert fagmann på akkurat dette området er jeg fornøyd med det. Men det holder ikke mål rent vitenskapelig. Det er en mektig borderline-lobby som har vært i sving. De hevder at borderline personlighetsforstyrrelse er i en særstilling som personlighetsforstyrrelse. Det er jeg uenig i. Det

er ingen logikk i å ta med borderline personlighetsforstyrrelse, og ikke for eksempel unnvikende personlighetsforstyrrelse, mener Karterud.

Svak teoretisk forankring

Verdens helseorganisasjon (WHO) har flere ganger understreket at deres diagnosesystem skal være så enkelt at det kan benyttes over hele verden. Mens DSM-5 er til for USA (eller den vestlige verden), har WHO lagt vekt på at ICD-11 skal fungere også i land i den tredje verden. Karterud er noe kritisk til denne målsetningen:

– Personlig mener jeg at enkelhet har gått på bekostning av kvalitet. Personlighet og personlighetsforstyrrelser er komplekse fenomener som krever et høyt abstraksjonsnivå, sier han.

– Forhåpentligvis vil vi etter hvert få et diagnosesystem som er basert på en robust teori. Vi er ikke der ennå

Når det gjelder andre styrker og svakheter ved modellen, trekker Karterud frem som en styrke at de fem faktorene (negativ affektivitet, tilbaketrukkenhet, dyssosialitet, manglende hemning og tvangspreg), kan gi en slags personlighetsprofil og at disse nå er relativt kompatible med DSM-5.

– Jeg er imidlertid kritisk til disse faktorene fordi de etter min mening er empiristiske, det vil si at de er dårlig teoretisk fundert. Jeg mener det bør ligge en klarere teori til grunn for de grunnleggende dimensjoner man velger å legge vekt på.

Ifølge Karterud er det ennå uvisst hvilke implikasjoner ICD-11 vil få for diagnostisering og behandling av personlighetsforstyrrelser.

– Først må ICD-11 godkjennes av norske helsemyndigheter. Deretter kommer sannsynligvis en lengre innkjøringsperiode. Og vi vet ikke helt hvordan det går med den alternative modellen i DSM-5.

– I fremtiden kan det være at mye blir som det er nå, der kapittelet om personlighetsforstyrrelser i ICD bare fungerer på papiret, mens forskere og klinikere i praksis benytter DSM-systemet, sier han.

Men skulle det foreslåtte systemet for personlighetsforstyrrelser i ICD-11 bli toneangivende, vil dette kunne innebære et tilbakeskritt og et brudd med en rik klinisk tradisjon, mener personlighetsforskeren. Som eksempel trekker Karterud frem at ordet narsissisme ikke forekommer i ICD-11.

– Hva med den faglig akkumulerte viten, klinisk og vitenskapelig, om narsissisme? Om den ikke videreutvikles, vil den forfalle, og mye vil gå tapt. Slik vil det være også med en rekke andre viktige begreper og tradisjoner.

– På lengre sikt vil det føre til et skisma mellom diagnosepraksis og annen fagutvikling. Faget vil hele tiden utvikle seg, og fremfor alt er det behov for teoretiske nyvinninger. Forhåpentligvis vil vi etter hvert få et diagnosesystem som er basert på en robust teori. Vi er ikke der ennå, avslutter Sigmund Karterud.

Sigmund Karterud

- Professor i psykiatri, og administrativ og daglig leder av Institutt for mentalisering.

- Tidligere avdelingsoverlege ved Seksjon for personlighetspsykiatri, Oslo universitetssykehus, og tidligere leder av forskningsgruppen for personlighetspsykiatri ved Universitetet i Oslo.
- Forfatter av boka *Personlighet*, utgitt på Gyldendal akademisk i 2017.