

Er tiden moden for dimensjonale diagnoser?

Dagens diagnosesystemer er kategoriske. Nye revisjoner av diagnosemanualene aktualiserer spørsmålet om psykopatologi best konseptualiseres som kategoriske eller dimensjonale fenomener.

TEKST

Dag Vegard Skjelstad

PUBLISERT 5. juni 2013

ABSTRACT:

Is the time ripe for dimensional diagnosis?

The longstanding debate on whether psychopathology is best conceptualized as categories or dimensions is actualized by the revision of the diagnostic systems DSM and ICD. The author of this paper uses four criteria of an ideal diagnosis to discuss clinical and scientific arguments for, and practical consequences of, conceptualizing mental disorders as dimensional instead of categorical. The overlap in symptoms, etiology, prognosis, and effective treatments among diagnoses of common mental disorders challenges the validity of the current categorical systems. It is argued that a holistic dimensional approach is likely to be more valid and to be less stigmatizing for patients. However, there are many concerns that need to be addressed before introducing a dimensional system. Although a dimensional approach may potentially be more informative and valid, it is likely to be less user-friendly for clinicians. The current lack of an evidence-based and a widely accepted dimensional model suggest that the introduction of dimensional diagnosis should follow an evolutionary rather than a revolutionary path.

Keywords: categories, diagnoses, dimensions, DSM-5, ICD-11, mental disorders, profiles, Psychopathology

EMNER

Kategorisk

diagnoser

Dimensjoner

DSM-5

ICD-11

psykiske lidelser

Profiler

Psykopatologi

Emil Kraepelin benyttet en kategorisk tilnærming da han i 1883 introduserte diagnoser for psykiske lidelser basert på kliniske beskrivelser. Hans arbeid er forløperen til den kategoriske klassifikasjonen som fortsatt benyttes i dagens diagnosesystemer ICD og DSM (Millon, 2004). I fagmiljøer har diskusjonen om å erstatte kategoriske diagnoser med dimensjonale pågått over lengre tid. Mens kategorier i sin natur er binære, tillater en

dimensjonal tilnærming graderinger. Et fenomen som f.eks. angst måles da på en skala med minst tre punkter, eller kontinuerlig slik man måler lengde eller puls. Nyere kunnskap om at de fleste psykologiske fenomener er kontinuerlige, har bidratt til økt oppslutning om det dimensjonale alternativet (Kendell & Jablensky, 2003), noe som også gjenspeiles i forarbeidene til DSM-5 og ICD -11. ICD -11 skal lanseres i 2015, og medlemmer av Norsk Psykologforening har blitt invitert til å bidra med innspill. Revisjonen aktualiserer spørsmålet om tiden nå er moden for helt eller delvis å erstatte kategorisk diagnostikk av psykiske lidelser med dimensjonal diagnostikk. I denne artikkelen drøfter jeg hovedargumenter for og imot de to tilnærmingene.

Hva kjennetegner en ideell diagnose?

Det er fire forhold en diagnose ideelt sett skal oppfylle: den 1) gjenspeiler en eksisterende målbar fenotyp (dvs. har økologisk validitet); 2) gjenspeiler sykdomsspesifikk symptomatologi, etiologi, prognose og behandling som skiller diagnosen fra andre diagnoser (og som også er et krav for å kalle en tilstand for «sykdom»); 3) er nyttig, dvs. oppleves som forståelig og tilstrekkelig enkel og meningsfull i bruk både for klinikere og forskere; og 4) er akseptabel for dem som får diagnosen (og for samfunnet), dvs. at den ikke oppleves som unødvendig stigmatiserende, sykdeliggjørende eller skadelig (Kendell & Jablensky, 2003; van Os, 2009). En ideell diagnose skal altså være valid, nyttig og akseptabel. Som jeg skal vise i denne artikkelen, er disse kriteriene verken enkle å oppfylle for diagnoser på psykiske lidelser, eller alltid forenelige. Av praktiske grunner definerer jeg psykiske lidelser som de lidelsene som er inkludert i dagens diagnosesystemer.

Det kategoriske synet

Innføringen av eksplisitte diagnostiske kriterier i DSM-III, og senere i ICD -10, gjorde psykiske lidelser mer separerbare fra hverandre og forbedret dermed reliabiliteten ved diagnostisering. Kriteriesystemet er basert på antagelsen om at et gitt antall symptomer – i tillegg til andre parametere som alvorlighet og varighet – skiller mellom tilstedeværelse og fravær av en lidelse. Reliabilitet er en forutsetning for validitet, men endringen er kritisert for å ha gjort beskrivelsene av psykiske lidelser så knappe at det har svekket diagnosenes økologiske validitet (Goldberg, Krueger, Andrews & Hobbs, 2009).

«En ideell diagnose er valid, nyttig og akseptabel. Disse kriteriene er verken enkle å oppfylle eller alltid forenelige»

Ulikhet blant pasienter med samme diagnose

Hvis en kategorisk diagnose skal ha økologisk validitet – i strengeste forstand – kan det ikke være noen betydelig klinisk variasjon verken over eller under terskelkriteriene for

diagnosen. Er variasjonen for stor over terskelen, svekkes diagnosens spesifisitet slik at den mister diskriminerende validitet og nytte. Dagens diagnoser er polytetisk-kategoriske. Dette betyr at en pasient bare trenger å ha noen og ikke alle symptomene som en diagnose spesifiserer. Dermed er det stor variasjon i hvilke symptomer som legges til grunn. To pasienter med samme diagnose kan ha få symptomer felles. En vanlig illustrasjon på dette er diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, som krever at minst fem av ni kriterier i DSM-IV er oppfylt. Dette gir 256 unike kombinasjonsmuligheter.

Diagnosekriteriers egnethet til å skille mellom patologi og normalitet

Diagnosesystemene var opprinnelig basert på pasientmateriale begrenset til innlagte pasienter med alvorlige og ofte kroniske lidelser med betydelig funksjonssvikt. Disse lidelsene framsto som så annerledes enn den generelle befolkningens plager at de syntes å utgjøre distinkte diagnostiske kategorier. I dag er det større spenn i lidelsers alvorlighet blant pasienter, noe som gjør det lettere å se at psykiske plager i befolkningen fordeler seg langs kontinua heller enn å representere kvalitative sprang mellom psykisk syke og friske (Krueger & Bezdjian, 2009). Dermed blir også den store variasjonen under diagnosetersklene synliggjort. For å fange opp subterskeltilstander opprettes nye underkategorier med mildere kriterier (spektrumtilnærming). En depressiv episode som har vært til stede i minst to uker, kan dermed klassifiseres som alvorlig, moderat eller mild. Symptomkonstellasjoner som ikke oppfyller kriteriene for noen spesifikk diagnose, kategoriseres som uspesifiserte. Dette er en hyppig benyttet kategoritype i poliklinisk praksis (Goldberg, 2010), noe som utfordrer diagnosesystemenes nytte ved lettere psykiske plager og nærmest visker ut skillet mellom patologi og normalitet.

Komorbiditet

Når et individ får én eller flere diagnoser utover hoveddiagnosen, anses disse for å være komorbide lidelser. Gjeldende regler innenfor diagnostikk tillater at de samme symptomene legges til grunn ved flere diagnoser. Gjenbruk av symptomer for sterkt overlappende lidelser kan således bidra til å øke et individs totale antall diagnoser, og dermed til økt sykeliggjøring og stigmatisering. Ved å spesifisere de mest framtrødende aspektene vil det med en dimensjonal tilnærming kunne være tilstrekkelig med én diagnose for lidelser med mange felles symptomer, som ulike angstlidelser.

Empiri for diagnosekategoriers spesifisitet

Historisk har man mislyktes i å finne enkle eller spesifikke årsaker for de fleste psykiske lidelser. Dette bidro til at dagens diagnostiske systemer med noen få unntak er basert på beskrivelser av symptomer og atferd heller enn etiologi. Den teknologiske revolusjonen i de siste par tiårene gjør at årsakene til psykiske lidelser kan studeres på nye måter. Dette har gitt fornyet håp om lidelsesspesifikke funn. Molekylær genetik har spilt en stor rolle i klassifiseringen av sjeldne syndromer som har vist seg å være forårsaket av ett enkelt gen (monogene lidelser). Et eksempel er Retts syndrom, som

kan forklares tilstrekkelig av mutasjonsfunn i MECP 2- genet, noe som gjorde at syndromet ikke lenger regnes som en autismespekterforstyrrelse (Samaco & Neul, 2011). Moderne molekylære metoder har i liten grad medført spesifikke funn for vanlige psykiske lidelser (Kendler, Prescott, Myers & Neale, 2003; Lichtenstein, Carlstrom, Rastam, Gillberg & Anckarsater, 2010), og det er store overlappinger i genetiske bidrag for lidelser som schizofreni og bipolar lidelse (Lichtenstein et al., 2009). Kjente genetiske assosiasjoner med psykiske lidelser involverer mange bidrag som hver har ørsmå effektstørrelser og følgelig ikke er til hjelp for klassifisering (Uher & Rutter, 2012). Videre har man innsett at tilstedeværelse av risikogener ikke er avgjørende for lidelsesutvikling, men om genene er skrudd av eller på, og med hvilken styrke de er skrudd på. Bildet kompliseres av gjensidige påvirkninger mellom gener som er skrudd av og på og epigenetiske markører (Bird, 2007). Dette betyr at hos to personer med samme genetiske disposisjon kan den ene, men ikke den andre, utvikle en lidelse avhengig av genekspresjon som påvirkes av miljøfaktorer. Etiologien til de fleste psykiske lidelser er således multifaktoriell og innebærer et samspill mellom en rekke genetiske og miljømessige faktorer (Uher, 2008). Kanskje kan sekvensering av hvordan en rekke gener skrur seg av og på som instrumenter i et symfoniorkester bidra til framtidig forståelse av hvilke prosesser som ligger til grunn for utvikling av alvorlige psykiske lidelser. Det er imidlertid lite trolig at genetikk vil være til særlig hjelp for klassifisering av lidelser (Kendler, 2006).

Etiologi handler også om miljøpåvirkninger. I 2007 anbefalte en studiegruppe i DSM-V Task Force elleve valideringskriterier for å identifisere grupper av etiologisk relaterte lidelser uten å endre de gjeldende diagnosekriteriene. Disse er: 1) genetiske faktorer; 2) familiære faktorer; 3) negative opplevelser i oppvekst; 4) tidlig temperamentsutvikling; 5) nevralt substrater; 6) biomarkører; 7) kognitiv og emosjonell prosessering; 8) forskjeller og likheter i symptomatologi; 9) komorbiditet; 10) forløp; og 11) behandling (Goldberg et al., 2009). Goldberg et al. (2009) undersøkte publiserte data innen disse områdene relatert til en tentativ gruppering av ni «emosjonelle lidelser» der angst- og depresjonssymptomer er framtrepende. Den relevante empirien var variabel i kvalitet og kvantitet. Likevel konkluderte de med at det var såpass mye overlapp, spesielt i forhold til de fire første kriteriene, at de foreslo å gruppere diagnosene sammen. Dette ville bl.a. redusere kunstig komorbiditet. Denne undersøkelsen sier imidlertid ikke noe om spesifisitet og diskriminerende validitet i forhold til andre diagnosegrupperinger. Ideen om å organisere diagnoser med fellestrekk i større grupper i DSM- 5 ble forkastet på grunn av utilstrekkelig evidens.

«Psykopatologi kan beskrives både som kategoriske og dimensjonale fenomener – slik fysikken beskriver lys både som partikler og bølger»

Å gi rett behandling benyttes ofte som et argument for diagnostisering. Hvis diagnose skal ha betydning for behandlingstiltak, må det kunne begrunnes empirisk. Etter mer enn et halvt århundre med effektive psykofarmaka er det klart at de ikke respekterer diagnostiske grenser (Craddock & Owen, 2007). Noen unntak finnes. En rekke forskere ser på litiums effekt på mani, men ikke på schizofreni, som en diagnosespesifikk effekt som støtter gyldigheten av skillet mellom bipolar lidelse og schizofreni uavhengig av overlappinger på andre områder (Craddock & Owen, 2010). Andre peker på Northwick Park-studien, som viste at hos pasienter med funksjonell psykose responderte psykotiske symptomer på neuroleptika og stemningssymptomer på litium uavhengig av diagnose (Johnstone, Crow, Frith & Owens, 1988). Dette brukes som argument for at visse symptomer responderer på visse medikamenter uavhengig av hvilken diagnosekategori de sorterer under.

Psykoterapi anses gjerne for å være en uspesifikk form for behandling med effekt på et bredt spekter av lidelser og plager (Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006). Likevel er det utviklet en rekke ulike behandlingsformer eller teknikker som retter seg inn mot spesifikke diagnoser. I kognitiv atferdsterapi er det for eksempel utviklet teknikker som adresserer spesifikke forhold som feiltolkning av kroppslige fornemmelser ved panikklidelse, økt selvfokus ved sosial fobi, og tolkning av traumatiske minner ved posttraumatisk stresslidelse. Det er rapportert store effektstørrelser for noen av disse tilstandsspesifikke intervensjonene (Uher & Rutter, 2012). Dette er et argument for å klassifisere disse lidelsene som egne kategorier til tross for at de deler mange andre symptomer og ofte opptrer parallelt. På den annen side er det utviklet transdiagnostiske moduler for kognitiv atferdsterapi. Man har funnet god effekt av disse på ulike typer angst og depresjon (McManus, Shafran & Cooper, 2010). Foreløpig er det uklart om slike transdiagnostiske tilnærminger er like effektive som lidelsesspesifikke tilnærminger. I sum synes det rimelig å hevde at spesifisiteten av tilgjengelige behandlinger for vanligere lidelser i beste fall er delvis (Craddock & Owen, 2010; Uher & Rutter, 2012), og at det er tvilsomt om dagens diagnostiske kategorier oppfyller spesifisitetskravet for en ideell diagnose. Dermed oppfyller psykiske lidelser heller ikke kravet for å bli benevnt som «sykdom», men må konseptualiseres som syndromer.

Grunner til å beholde diagnosekategorier

Vi har til nå sett at det finnes en rekke argumenter mot gyldigheten av dagens kategoriske diagnoser. Hvorfor beholdes så denne tilnærmingen? Noen grunner: 1) Kategorier er nyttige for de alvorligste lidelsene. For eksempel er mani en god (skjønt ikke perfekt) indikator på bipolar I-lidelse. 2) Klinikere opplever at det er kvalitative forskjeller mellom diagnoser og symptomer som tilhører ulike diagnoser. 3) Mennesker har en tendens til å tenke i kategorier og prototypier (heuristisk tenkning), noe som er effektivt, men ofte feil eller unyansert. 4) Kategorier letter kommunikasjon. 5) Kategorier gir klinikere mulighet til å demonstrere diagnostisk ekspertise ved å vise skjønn i forhold til komplekse kliniske bilder for så konkludere med en klar diagnose. 6)

Opplevd mangel på gode alternativer, og 7) at det er enklere å beholde gamle vaner enn å endre dem (konservatisme) (Craddock & Owen, 2007).

Det dimensjonale synet

Forutsetningen for å konseptualisere psykiske lidelser som dimensjonale er at psykologiske fenomener og atferd fordeler seg langs kontinua som alle mennesker kan plasseres på. Kontinuaene strekker seg til både normale og patologiske manifestasjoner. I praksis gir graderinger økt informasjonsmengde og bedre økologiske validitet. Dette har flere fordeler, bl.a. at graderinger 1) er bedre egnet til å oppdage endringer i symptomer over tid enn kategorier og dermed letter oppdagelsen av risikotilstander og monitorering av debut og forløp (Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh & van Os, 2005; van Os & Verdoux, 2002); 2) tillater grundigere undersøkelser av symptomers påvirkning på trivsel og funksjon, alvorlighetsgrad og lidelsestrykk (Regeer et al., 2006); 3) tillater vurdering av ressurser, noe som er viktig for prognose og behandlingsvalg.

Tre dimensjonale tilnærminger til psykopatologi

Skal man erstatte det kategoriske systemet med et dimensjonalt, må man kunne vise at dette i sum representerer en forbedring i forhold til validitet, nytte og akseptbarhet. Man kan tenke seg minst tre hovedtilnærminger i forskningen på hvordan et slikt system kan organiseres: å studere 1) dimensjoner på tvers av hele spekteret av normale og psykopatologiske fenomener, inkludert alle diagnostiske kategorier; 2) dimensjoner innenfor gjeldende diagnostiske hovedkategorier, for eksempel affektive/bipolare lidelser; eller 3) en gruppe dimensjonale fenomener (for eksempel psykosesymptomer) på tvers av diagnostiske kategorier som har disse fenomenene til felles.

Dimensjoner på tvers av hele spekteret av normale og psykopatologiske fenomener

Den mest radikale tilnærmingen er å analysere den latente faktorstrukturen til alle relevante fenomener i den generelle befolkningen ved hjelp av en eksplorerende og induktiv tilnærming. Dette er en helhetlig og fullstendig datadrevet tilnærming som ikke tar hensyn til dagens diagnostiske kategorier. Ved å gradere symptomer og andre parametere uavhengig av diagnostiske terskler presenteres individers symptomprofiler på en mer fullstendig og nøyaktig måte. Problemet med kunstig komorbiditet, dvs. at samme symptom teller med i ulike diagnoser, elimineres. Avdekkede faktorer og databaser med symptomprofiler kan benyttes til å konstruere et nytt klassifikasjonssystem.

Etter publiseringen av Kruegers (1999) innflytelsesrike artikkel om strukturen til vanlige psykiske lidelser har mange forskere brukt faktoranalyse for å vise at assosiasjoner mellom angst, humør, atferd og stoffrelaterte lidelser kan forklares med korrelerte latente predisposisjoner for internaliserende og eksternaliserende lidelser (for eksempel ruslidelser og atferdsforstyrrelser). Noen ganger blir internaliseringsdimensjonen delt inn i to sekundære dimensjoner: «frykt» (agorafobi, sosial fobi, spesifikke fobier, og panikk lidelse) og «lidelse» (distress) (Krueger & Markon,

2006). Disse funnene har blitt brukt til å argumentere for en omorganisering av klassifiseringen av psykiske lidelser, selv om andre data tyder på at denne teoretiske strukturen er for lite robust til å fungere som grunnlag for en slik omorganisering. For eksempel finner man ikke et skille mellom «frykt» og «lidelse» i alle studier, og modellen svekkes når flere psykiske lidelser blir lagt til, eller når modellen testes mot spesifikke aldersgrupper (Kessler et al., 2011).

Kotov et al. (2011) testet flere alternative grupperinger av 25 lidelser på polikliniske pasienter og fant at DSM-IV-organiseringen passet dårlig med dataene. Den modellen som passet best, besto av fem faktorer: somatoform, antagonisme, internaliserende, ekternaliserende og tankeforstyrrelser. De konkluderer med at den framvoksende kvantitative nosologien synes å være mer nyttig.

Psykisk helsevern for barn og unge har lang tradisjon for å bruke dimensjonal vurdering av psykopatologi. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) er et eksempel på et helhetlig dimensjonalt vurderingssystem (ASEBA, 2012). Ved å benytte empirisk baserte syndromsskalaer (sosiale problemer, tankeproblemer, m.m.) dekker ASEBA de fleste aktuelle psykologiske symptomer hos barn og ungdom, og har alders- og kjønnsstandardiserte normer og versjoner av selvutfyllingsskjemaer for barn, foreldre og lærere. Det finnes ASEBA-skjemaer og -normer også for voksne. ASEBA-dataene gir individuelle symptomprofiler som ikke er direkte overførbare til diagnoser i diagnosesystemene selv om det er utviklet seks DSM-tilpassede skalaer (angstproblemer, affektive problemer m.m.). ASEBA-skjemaene har et begrenset antall utsagn som nødvendiggjør en grundigere klinisk utredning for å avklare alvorlighet osv.

Et annet eksempel på et eksisterende helhetlig og empirisk fundert dimensjonalt system er Big Five eller femfaktormodellen. Big Five omhandler personlighetstrekk, ikke symptomer. Forskere har faktoranalyisert hundrevis av mål for personlighetstrekk for å finne de underliggende faktorene for personlighet (Costa & McCrae, 1995; Costa, Patriciu & McCrae, 2005). Funnene tyder på fem globale trekk: nevrotisisme, ekstrovert, åpenhet for erfaringer, medmenneskelighet og planmessighet. Hver hoveddimensjon har seks fasetter. Fasettene er de beste til å forutsi og forklare faktisk atferd. Personlighetsundersøkelser som NEO-PI gir unike personlighetsprofiler (Martinsen, Nordvik & Østbø, 2005). ASEBA og Big Five er eksempler på hvordan diagnostikk kan videreutvikles.

Dimensjoner innenfor gjeldende diagnostiske hovedkategorier

Det andre av de nevnte alternativene er å beholde dagens viktigste diagnosegrupper, men å erstatte subklassifikasjonene innenfor hver diagnostiske gruppe med en dimensjonal tilnærming. Dette kan sees på som en komplementær tilnærming til de eksisterende diagnosekategoriene.

Personlighetsforstyrrelsesdiagnoser er kritisert for å ha dårlig nytteverdi og er den gruppen av psykiske lidelser der en dimensjonal tilnærming har fått mest oppmerksomhet (Verheul & Widiger, 2004). Det så lenge ut til at en dimensjonal-kategorisk hybridmodell for utredning og diagnostisering av personlighetsforstyrrelser

ville bli introdusert i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2011, 2012a). Antall spesifikke personlighetsforstyrrelser ble foreslått redusert fra 10 til 6. Disse skulle diagnostiseres ved hjelp av fem trekkdomener der hvert domene var assosiert med et knippe av totalt 25 fasetter. Både domenenene og de underliggende fasettene skulle skåres på en 4-punkts likertskala og slik muliggjøre utarbeidelse av omfattende personlighetsprofiler. Modellen ble kritisert for å være for komplisert i bruk og utilstrekkelig evidensbasert. Den ble forkastet helt på tampen av revisjonsarbeidet etter sterkt ytre press (Frances, 2012b). Man valgte å inkludere den nyutviklede trekk-spesifikke metodologien i den uoffisielle delen av DSM-5 (seksjon 3) for videre utprøving (American Psychiatric Association, 2012b). En gruppe ledet av Peter Tyrer jobber nå med et enklere dimensjonalt system for personlighetsforstyrrelser i ICD -11. Det foreslås fire grader av alvorlighet for personlighetsforstyrrelser og fire personlighetsdomener. Monotetiske kriterier benyttes med hovedvekt på vedvarende interpersonlige vansker. Dagens spesifiserte kategorier forkastes. De hevder at dette er den første klassifikasjonen som både er evidensbasert og brukervennlig, og at den vil være mindre stigmatiserende (Tyrer, 2013)

«Diagnostiske modeller som både benytter kategoriske diagnoser og dimensjoner, har bedre prediktiv validitet»

Spektrumtilnærmingen øker i popularitet. Autisme spektrum lidelse gjøres til fellesbetegnelse for bl.a. autisme og Aspergers syndrom i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2012b). Mange fagfolk mener at diagnosesystemene også bør inkludere et bredere spekter av bipolaritet langs unipolar–bipolar-dikotomien, og flere kategorier er foreslått (Akiskal & Pinto, 1999; Ghaemi, Ko & Goodwin, 2002; Klerman, 1981). Men i likhet med spektrummodeller for andre diagnosegrupper er ikke disse forslagene dimensjonale i den forstand at de adresserer bipolar symptomatologi som kontinuerlige fenomener. Kategoriene er ofte ordinale, og i noen av forslagene har kategoriene en rangordning i forhold til prototypikalitet. Kategorier med lav prototypikalitet kan være nyttige for å vurdere risikoen for å utvikle bipolar 1- eller 2-lidelser eller for å ta behandlingsavgjørelser, for eksempel om å bruke antidepressiver eller antiepileptika ved depresjon. Epidemiologiske og kliniske studier viser imidlertid kontinuerlig fordeling av bipolare symptomer (Angst et al., 2011), og det foreslås at bipolaritet kan vurderes langs dimensjonene alvorlighet og depresjon–mani (Angst, 2007). Den dimensjonale tilnærmingen utfordrer synet på bipolar 1- og 2-lidelse (og andre diagnostiske underkategorier) som separate lidelser og aktualiserer spørsmålet om når en tilstand skal anses som bipolar og behandles som sådan.

Dimensjonale fenomener på tvers av diagnoser som inkluderer fenomenene

Jeg vil nå gi et eksempel på den tredje dimensjonale tilnærmingen nevnt tidligere. I dette eksemplet er den latente faktorstrukturen til psykosefenomener utforsket på tvers

av ulike diagnostiske kategorier som inkluderer psykose.

Van Os (2009) hevder at det er ganske usannsynlig at ikke-afektive, affektive og rus-induserte psykoser og psykoser som skyldes en generell medisinsk tilstand, representerer separate nosologiske enheter. Faktisk finner man at det er overlapp i genetisk tilbøyelighet mellom ulike psykosediadgnoser, noe som tyder på en bred underliggende sårbarhet som uttrykkes på tvers av de ulike kategoriene. En fleksibel evaluering av dimensjoner på tvers av alle psykoselidelser kan potensielt være mer hensiktsmessig enn en diagnosespesifikk tilnærming.

Den latente psykosestrukturen er undersøkt i mange studier, og funnene er ikke entydige når det gjelder antall faktorer. Imidlertid anses en femfaktormodell i økende grad å ha intern validitet: mani, realitetsforvrengning, depresjon, desorganisasjon, og negative symptomer (Dikeos et al., 2006). Alle faktorene var mer variable for schizofreni enn for affektiv psykose. Mani var den faktoren som diskriminerte best mellom schizofreni og affektiv psykose. Dikeos et al. (2006) konkluderte med at dimensjoner hadde noe større forklaringskraft enn diagnose, men at diagnose også hadde høy forklaringskraft. De foreslår at modeller som benytter en kombinasjon av kategoriske og dimensjonale tilnærminger har best diskriminerende validitet. Begrensningene ved denne og lignende studier er at disse er utført på et utvalg av pasienter som ofte har en lang historie med sykehusinnleggelse. Andre dimensjoner kan vise seg viktige hvis personer med mildere forløp undersøkes. Positive psykotiske symptomer synes å være kontinuerlig fordelt og er erfart av opp til 17,5 % i befolkningsstudier (van Os, Hanssen, Bijl & Ravelli, 2000).

Diskusjon

Dagens polytetisk-kategoriske konseptualisering og operasjonalisering av psykiske lidelser er kunstig og har store svakheter i forhold til økologisk validitet, nytte og akseptbarhet. Gitt evidensen for at de fleste psykologiske fenomener er kontinuelle, og at dagens diagnosesystemer inneholder et overdrevent stort antall diagnosekategorier med begrenset gyldighet – ville det da være bedre å erstatte hele det kategoriske systemet med et dimensjonalt?

Økologisk validitet

Dimensjonale mål er bedre til å beskrive heterogenitet i kliniske presentasjoner og gir dermed mer presis og detaljert informasjon om individer enn dikotome mål (Uher et al., 2012). Dimensjonale diagnoser har dermed potensial til å være mer differensierte og nyanserte enn sjablongaktige kategoriske diagnoser. Spørsmålet er hvordan dette skal gjøres. Da revisjonsarbeidet startet for fjorten år siden, var det et uttalt mål at DS M-5 skulle representere et paradigmeskifte innenfor diagnostikk ved å introdusere dimensjonale tilnærminger (tilsvarende tanker hadde man allerede i forarbeidene til DSMIV) (Frances, 2010). Ambisjonen forvitret, ikke på grunn av mangel på modeller, men på grunn av uenigheter, tidsnød og de høye kostnadene uttesting av ulike modeller ville medføre for Den Amerikanske Psykiatriforeningen, som er en privat organisasjon

avhengig av inntektene som salget av manualene genererer (Frances, 2012a). Det gjenstår å se om man lykkes med å innføre dimensjonale tilnærminger for kontinuerlige data i ICD -11. Det mer ambisiøse alternativet om å skape et nytt og helhetlig dimensjonalt klassifikasjonssystem fra bunnen av synes imidlertid ikke å være aktuelt i overskuelig framtid.

Spesifisitet

Det er mulig at psykopatologiske profiler utarbeidet ved bruk av dimensjonale tilnærminger vil ha større fellestrekk vedrørende etiologi, prognose og behandling enn dagens kategoriske diagnoser har. Samtidig ville det vært overraskende hvis man fant særlig høy grad av spesifisitet, i hvert fall for de vanligste symptomene og syndromene. Menneskenaturen er kompleks og fleksibel, noe epigenetikken minner oss om (Bird, 2007). Både fra klinikk og forskning er det kjent at en enkel årsak kan føre til forskjellige symptomer og syndromer, og at forskjellige årsaker kan føre til identiske symptomer eller syndromer. Kendler (2012) mener at det er feil å tro at man skal finne klare forskjeller mellom psykiske lidelser, og at det er mer realistisk å forklare psykiske lidelser som resultat av komplekse og gjensidige nettverk av kausale mekanismer. Likevel bør vi holde muligheten åpen for at nye organiseringer av symptomer og syndromer kan avdekke mer spesifikke etiologiske sammenhenger og prognostiske og behandlingsmessige effekter for enkelte typer psykopatologi.

Nytte

Nytte handler om validitet, men også om pragmatikk. For å aksepteres må et diagnostisk system være enkelt, raskt og relativt intuitivt i bruk (Frances, 2010). Diagnosemanualer benyttes av fagfolk med ulik kompetanse og ulike behov. For eksempel har klinikere gjerne mindre toleranse for kompleksitet enn forskere. Ingen tilnærming vil være like nyttig på alle bruksområder, men må være tilstrekkelig nyttig for alle. Å balansere de ulike hensynene viser seg å være en stor utfordring når diagnosemanualene skal revideres. Den større informasjonsmengden gjør at dimensjonale tilnærminger kan bli mer arbeidskrevende for klinikere enn å foreta kategoriske valg. Anvendelsen av dimensjonale data vil ofte medføre et ekstra trinn i beslutningsprosessen (Kamphuis & Noordhof, 2009). Mer ambisiøse dimensjonale modeller kan også nødvendiggjøre innlæring av ny terminologi som både vanskeliggjør kommunikasjon mellom fagfolk og svekker inter-rater-reliabiliteten, i hvert fall midlertidig (Kendell & Jablensky, 2003).

Stigmatisering og sykelligjøring

Små endringer i diagnosekriterier kan medføre store utslag i prevalenstall og uønsket sykelligjøring av befolkningen hvis kriteriene blir for vide. Ekspertgruppenes avveininger og valg påvirkes også av tidsånd og kultur. Historisk finnes det mange eksempler på diagnostisering av det vi nå anser som normal menneskelig variasjon (for eksempel homofili). Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er et eksempel på en nåværende diagnose med lav aksept. Diagnosen er så negativt ladet at mange klinikere

vegrer seg for å benytte den, og pasienter som får diagnosen, opplever den som stigmatiserende. Hvis forslaget til ICD -arbeidsgruppen om å erstatte spesifiserte personlighetsforstyrrelser med trekkprofiler vedtas, vil diagnosen ikke finnes i ICD -11 (men i DSM-5). Dimensjoner synliggjør at de fleste symptomer og trekk er kontinuerlig fordelt i befolkningen og kan bidra til redusert opplevelse av stigma. Men også ved en dimensjonal tilnærming er det nødvendig å definere terskler. Slik samfunnet er organisert, har diagnoser økonomiske og praktiske implikasjoner, bl.a. i forhold til offentlige rettigheter og støtteordninger.

Konklusjon

De færreste diagnoser innenfor psykisk helsevern vil kunne oppfylle de skisserte kriteriene for en ideell diagnose uansett valg av konseptualisering og utforming. Selv om en helhetlig dimensjonal tilnærming kan vise seg å tilfredsstille kriteriene for en ideell diagnose bedre enn dagens kategoriske tilnærming, har vi foreløpig ikke nok kunnskap til å foreta en omfattende endring. Før dette kan skje, bør vi vite at vi erstatter dagens system med noe bedre. Dette taler for fortsatt evolusjon snarere enn revolusjon. Dessuten er det mulig at en komplementær tilnærming er mest valid og hensiktsmessig både fra et klinisk og et vitenskapelig ståsted. Evidensen tyder for eksempel på at diagnostiske modeller som både benytter kategoriske diagnoser og dimensjoner, har bedre prediktiv validitet enn hver modell alene (Allardyce, Suppes & van Os, 2007). Inntil uavklarte spørsmål om helhetlige dimensjonale tilnærminger er videre utforsket, kan det dermed være pragmatisk å beskrive psykopatologi både som kategoriske og dimensjonale fenomener – slik fysikken beskriver lys både som partikler og bølger.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 6, 2013, side 552-558

TEKST

Dag Vegard Skjelstad, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken

KONTAKT: dag.skjelstad@vestreviken.no

+ Vis referanser

Referanser

Akiskal, H. S. & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 517-534, vii.

Allardyce, J., Suppes, T. & van Os, J. (2007). Dimensions and the psychosis phenotype. *International International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 34-40.

Angst, J. (2007). The bipolar spectrum. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 189-191.

Angst, J., Azorin, J. M., Bowden, C. L., Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A. & Young, A. H. (2011). Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 791-798.

American Psychiatric Association (2011). DSM-5 revisions for personality disorders reflect major change. Nedlastet den 7.7.2011 fra <http://www.psychiatry.org/advocacy--newsroom/news-releases/2011-news-rel...>

American Psychiatric Association (2012a). Nedlastet den 15.9.2012 fra <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

American Psychiatric Association (2012b). American Psychiatric Association board of trustees approves DSM-5. Nedlastet den 1.12.2012 fra <http://www.psychiatry.org/advocacy-newsroom/news-releases>

ASEBA (2012). Nedlastet den 15.12.2012 fra <http://www.aseba.org/>

Bird, A. (2007). Perceptions of epigenetics. *Nature*, 447(7143), 396-398.

Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 21-50.

Costa, P. T., Jr., Patriciu, N. S. & McCrae, R. R. (2005). Lessons from longitudinal studies for new approaches to the DSM-V: the FFM and FFT. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 533-539.

Craddock, N. & Owen, M. J. (2007). Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry*, 6(2), 84-91.

Craddock, N. & Owen, M. J. (2010). The Kraepelinian dichotomy - going, going... but still not gone. *The British Journal of Psychiatry*, 196(2), 92-95.

Dikeos, D. G., Wickham, H., McDonald, C., Walshe, M., Sigmundsson, T., Bramon, E., . . . Sham, P. C. (2006). Distribution of symptom dimensions across Kraepelinian divisions. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 346-353.

Frances, A. (2010). DSM 5 and dimensional diagnosis - biting off much more than it can chew. Nedlastet fra <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201004/dsm5-and-dim...>

Frances, A. (2012a). DSM 5 is guide not bible - ignore its ten worst changes. Nedlastet fra <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-gui...>

Frances, A. (2012b). Two who resigned from DSM-5 explain why. Nedlastet fra <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-indistress/201207/two-who-resig...>

Ghaemi, S. N., Ko, J. Y. & Goodwin, F. K. (2002). «Cade's disease» and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2), 125-134.

Goldberg, D. (2010). Should our major classifications of mental disorders be revised? *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 255-256.

Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G. & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2043-2059.

Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W. & van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(Pt 2), 181-191.

Johnstone, E. C., Crow, T. J., Frith, C. D. & Owens, D. G. (1988). The Northwick Park «functional» psychosis study: diagnosis and treatment response. *Lancet*, 2(8603), 119-125.

Kamphuis, J. H. & Noordhof, A. (2009). On categorical diagnoses in DSM-V: cutting dimensions at useful points? *Psychological Assessments*, 21(3), 294-301.

Kendell, R. & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12.

Kendler, K. S. (2006). Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1138-1146.

Kendler, K. S. (2012). Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Molecular Psychiatry*, 17(1), 11-21.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. & Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 929-937.

- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., . . . Ustun, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 90-100.
- Klerman, G. L. (1981). The spectrum of mania. *Comprehensive Psychiatry*, 22(1), 11-20.
- Kotov, R., Ruggero, C. J., Krueger, R. F., Watson, D., Yuan, Q. & Zimmerman, M. (2011). New dimensions in the quantitative classification of mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1003-1011.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 921-926.
- Krueger, R. F. & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3-6.
- Krueger, R. F. & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233-259.
- Lichtenstein, P., Carlstrom, E., Rastam, M., Gillberg, C. & Anckarsater, H. (2010). The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1357-1363.
- Lichtenstein, P., Yip, B. H., Bjork, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F. & Hultman, C. M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet*, 373(9659), 234-239.
- Martinsen, Ø., Nordvik, H. & Østbø, L. E. (2005). Norske versjoner av NEO PI-R og NEO FFI. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 421-423.
- McManus, F., Shafran, R. & Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49(Pt 4), 491-505.
- Millon, T. (2004). *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Regeer, E. J., Krabbendam, L., de Graaf, R., ten Have, M., Nolen, W. A. & van Os, J. (2006). A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population. *Psychological Medicine*, 36(5), 619-627.
- Samaco, R. C. & Neul, J. L. (2011). Complexities of Rett syndrome and MeCP2. *The Journal of Neuroscience*, 31(22), 7951-7959.
- Tyrer, P. (2013). The classification of personality disorders in ICD-11: implications for forensic psychiatry. [Editorial]. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(1), 1-5.
- Uher, R. (2008). The implications of gene-environment interactions in depression: will cause inform cure? *Molecular Psychiatry*, 13(12), 1070-1078.
- Uher, R., Perlis, R. H., Henigsberg, N., Zobel, A., Rietschel, M., Mors, O., . . . McGuffin, P. (2012). Depression symptom dimensions as predictors of antidepressant treatment outcome: replicable evidence for interest-activity symptoms. *Psychological Medicine*, 42(5), 967-980.
- Uher, R. & Rutter, M. (2012). Basing psychiatric classification on scientific foundation: Problems and prospects. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 591-605.
- van Os, J. (2009). 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 363-372.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V. & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 11-20.
- van Os, J. & Verdoux, H. (2002). Diagnosis and classification of schizophrenia: categories versus dimensions, distributions versus disease. I R. M. Murray, P. B. Jones, E. Susser, J. van Os & M.

Cannon (red.), The epidemiology of schizophrenia (s., 364-410). Cambridge: Cambridge University Press.

Verheul, R. & Widiger, T. A. (2004). A metaanalysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 309-319.