

Dimensjonal diagnostikk – ny klassifisering av psykiske lidelser

Klassifiseringen av psykiske lidelser følger i dag et kategorisk prinsipp slik at et individ defineres som enten syk eller frisk. Lite tyder imidlertid på at et slikt prinsipp har høy validitet, og derfor kommer det nå anbefalinger om å bruke en alternativ, dimensjonal diagnostikk som på mer presis måte beskriver foreliggende psykiske lidelser. Viktige forhold ved den dimensjonale tilnærmingen presenteres her og settes opp mot den kategoriske.

Ingvar Bjelland

ingvar.bjelland@helse-bergen.no
Klinikk Psykisk helsevern for barn og unge
Divisjon psykiatri
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

Alv A. Dahl

Nasjonalt kompetansesenter for studier
av langtidseffekter etter behandling av kreft
Radiumhospitalet
og
Fakultetsdivisjon Det Norske Radiumhospital
Universitetet i Oslo

Klassifisering av psykiske lidelser følger i dag samme kategoriske prinsipp som klassifisering av somatiske sykdommer både i det internasjonale diagnostesystemet til Verdens helseorganisasjon (ICD-10) og i systemet til den amerikanske psykiaterforeningen (DSM-IV). Carl von Linné (1707–78) innførte en systematisk klassifisering av biologiske arter basert på likheter og ulikheter, og Emil Kraepelin (1856–1926) brukte samme prinsipp da han systematisk innførte kategoriske diagnoser for psykiske lidelser basert på nøyaktige kliniske beskrivelser. DSM-IV-systemet, som definerer hver enkelt diagnose ut fra et sett kriterier, er i tråd med Kraepelins tilnærming. De psykiaterne som kjempet frem denne typen diagnostikk i amerikansk psykiatri med DSM-III i 1980, kalles da også gjerne for «neokraepelinianere». Tidligere versjoner av DSM beskrev «psykiatriske sykdommer» i mer generelle vendinger, mens innføringen av operasjonelle diagnosekriterier i DSM-III må ses som et stort fremskritt i psykiatrisk diagnostikk. Prinsippet ble også tatt opp av Verdens helseorganisasjon for de psykiske lidelsene i ICD-10.

I innledningen til DSM-IV er det reist tvil om gyldigheten av klare og absolutte grenser mellom diagnose og ikke-diagnose i psykiatrien, uten at det ennå har fått noen praktiske konsekvenser. Mange klinikere vil hevde at den kategoriske diagnostikken ikke stemmer

så godt overens med den kliniske virkeligheten (svak økologisk validitet). Hvis en kategorisk diagnose skal være valid, kan det strengt tatt ikke være noen klinisk betydningsfull variasjon verken over eller under terskelkriteriene for diagnosen (fig 1) (1).

I det kategoriske systemet sikres diagnosen ved at et bestemt antall av beskrevne diagnosekriterier er til stede. Men om det holder med tre eller fire positive kriterier er bestemt av fagkomiteer der maktkamper og prestisje kan bety vel så mye som tolking av forskningslitteraturen. Studier av genetiske forhold og av hjernestruktur og hjernefunksjon ved psykiske lidelser har hittil heller ikke gitt støtte for kategoriske diagnoser, men snarere til en andreordens dimensjonal psykopatologi, som f.eks. psykisk ubehag (distress) (2).

Dokumentasjonen av at dagens kategoriske klassifiseringssystem gir utilstrekkelig beskrivelse av de psykiske lidelsene, er nå så overveldende at det i planleggingen av DSM-V, som er forventet utgitt i 2012, er nedsatt en egen komité som skal forberede innføringen av et dimensjonalt tillegg til de kategoriske diagnosene (3). Representanter for WHO er også involvert i dette arbeidet, og ICD-11, som tenkes lansert i 2014, vil også etter all sannsynlighet innføre et nær identisk tillegg.

Dimensjonale karakteristika

Kategoriske diagnoser defineres ut fra bestemte terskelverdier av et sett diagnostiske kriterier som omfatter symptomer av ulik spesifisitet, deres varighet og en grad av subjektiv plage og/eller funksjonssvikt. For diagnosen alvorlig depressiv episode i DSM-IV kreves det f.eks. at minst fem av ni kriterier har vært til stede i minst to uker og har ført til klinisk betydningsfull funksjonssvikt. Men hvert av kriteriene vil likevel være gradert i sin natur, som f.eks. nedsatt stemningsleie, akkurat som antallet positive kriterier som er til stede, er en gradering. Informasjonen som ligger til grunn

for den kategoriske diagnosen, er altså også gradert eller dimensjonal uten at det blir fremhevet. Med andre ord er avstanden mellom den etablerte kategoriske diagnostikken og den alternative dimensjonale tilnærmingen mindre enn man skulle tro.

Dessuten er det foreslått at stadiene i forløpet av psykiske lidelser kan utgjøre dimensjoner (4). Ulike personlige ressurser, som generelt evnenivå, personlighetstrekk, utdanningsnivå, arbeidsstatus, inntektsnivå og grad av sosial støtte er også dimensjoner av betydning ikke minst for vurderingen av relevante behandlingstiltak. Nyansering av diagnosekriteriene ut fra alder og kjønn er nærmest fraværende i dagens systemer, selv om vi vet at deres innflytelse på symptomer og sykdomsutforming (patoplastiske faktorer) er betydelig (5).

Psykiske lidelser hos barn og unge

Psykopatologien hos barn er annerledes enn hos voksne fordi den varierer med barnets utvikling, både når det gjelder styrke og utforming. Funksjoner som oppmerksomhets- og affektregulering er i kontinuerlig utvikling frem til vel 20-årsalderen. Likevel er f.eks. diagnosekriteriene for bipolare lidelser laget på bakgrunn av studier av voksne og passer dermed dårligere på barn (6).

I diagnostikk av psykiske lidelser hos barn og unge er det obligatorisk med flere informanter, vanligvis barnet selv, foreldre og lærere, men det er sjelden godt samsvar mellom disse kildene. Informasjonen fra mor kan f.eks. tilsi symptomer rett over diagnoseterskelen, mens informasjon fra lærer tilsier symptomer under terskelen. Verken ICD-10 eller DSM-IV gir retningslinjer for hvordan det manglende samsvaret skal håndteres. I en dimensjonal tilnærming ville det være rimelig å angi skårene til alle informantene samt graden av samsvar mellom dem. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) er et system av instrumenter som benytter denne fremgangsmåten. ASEBA dekker i en dimensjonal form de fleste aktuelle psykologiske symptomer hos barn og unge og har alders- og kjønnsnormerte versjoner for opplysningene både fra barnet selv samt fra foreldre og lærer. ASEBA er imidlertid ikke direkte overførbart til diagnostiske kategorier i verken DSM-IV eller ICD-10. I psykisk helsevern for barn og unge er det lang tradisjon for å bruke slike dimensjonale kartleggingsinstrumenter både i klinisk praksis og i forskning.

Angst og depresjon hos voksne

Det har lenge vært stilt spørsmål ved gyldigheten av den kategoriske tilnærmingen til angstlidelser og depressive lidelser hos voksne (2, 4). Pasienter med et antall symptomer som ligger rett under de diagnostiske tersklene (subterskeltilstander), har vist seg å ha betydelig nedsatt funksjonsnivå, økt mortalitet, definert behandlingsbehov og dårligere prognose. De skiller seg heller ikke vesentlig ut fra dem som er over tersklene angående sosiodemografiske kjennetegn, familiær opphopning, debutalder eller komorbiditet. Individuene over diagnoseterskelen for depresjon viser dessuten stor variasjon i det kliniske bildet. Men tendensen er at når antall depressive symptomer går opp, øker også forekomsten av suicidalitet, innslag av psykotiske symptomer og komorbide lidelser. Større depressiv symptombelastning er også signifikant assosiert med markerte biologiske korrelater (hyperkortisolisme, økt amygdalaaktivitet, redusert prefrontal aktivitet) og økende behandlingsutfordringer (2).

Trolig kan angst og depresjon best betraktes som dimensjonale fenomener uten terskler mellom patologi og normalitet. Både forskere og klinikere har i en årrekke brukt dimensjonale måleinstrumenter på angst- og depresjonssymptomer, slik som Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Hopkins Symptom Checklist (HSCl). Der man har hatt behov for å identifisere «syke» eller «de som trenger nærmere klinisk vurdering», har man brukt en (kunstig) terskelverdi, som ofte stemmer dårlig med tilsvarende kategoriske diagnoser i DSM-IV og ICD-10.

Dimensjonale diagnoser gir bedre mulighet for å registrere gradvise endringer i symptomer over tid enn den grove, kategoriske inndelingen i om sykdom er til stede eller ikke. Problemet med ulike dimensjonale skalaer av f.eks. angst er at de gjerne er litt forskjellige samtidig som de ofte korrelerer

høyt (7). Dermed er det et problem knyttet til hvilke skalaer som skal velges ut og få offisiell status av WHO eller den amerikanske psykiaterforening. Dette gjelder også for andre diagnoseområder. Selv om det ennå ikke er enighet om hvordan utvelgelsen skal skje, er det foreslått kriterier som bør gjelde for slike skalaer (8).

Lidelser fra psykoaktive stoffer

For slike lidelser skiller både ICD-10 og DSM-IV mellom kategoriene avhengighet og misbruk/skadelig bruk. For alkohol, som er det mest studerte rusmidlet, foreslo man tidlig en stadielinndeling eller en gradering av alvorlighet fremfor atskilte kategorier. Senere er det utført mange studier med avanserte statistiske metoder som peker på at avhengighet og misbruk/skadelig bruk tilhører den samme dimensjonen (8). Avhengighet er tradisjonelt ansett som en alvorligere lidelse enn misbruk, men studier har vist at enkelte av symptomene på misbruk/skadelig bruk kan være uttrykk for større alvorlighetsgrad enn enkelte av symptomene på avhengighet. Ytterligere studier tyder på at konsumvariabler i det moderate problemområdet også inngår i den samme dimensjonen som avhengighet og misbruk/skadelig bruk (9).

Tilsvarende dimensjonale sammenhenger mellom misbruk og avhengighet er funnet for andre rusmidler som kokain, opioider og cannabis (8).

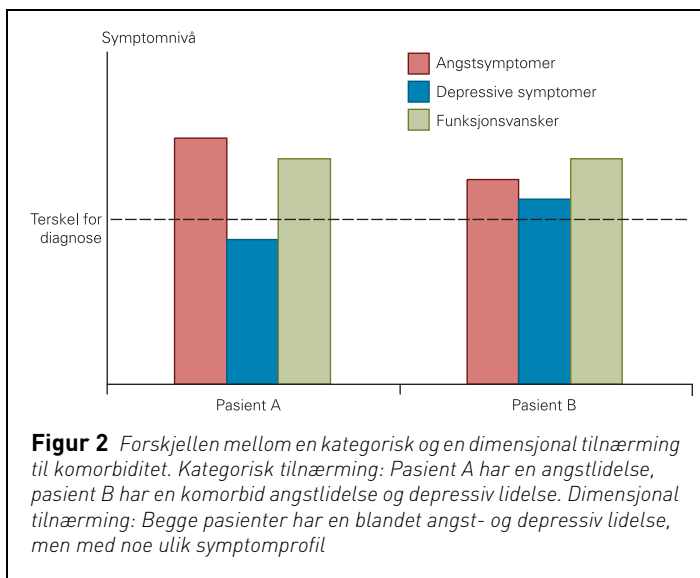
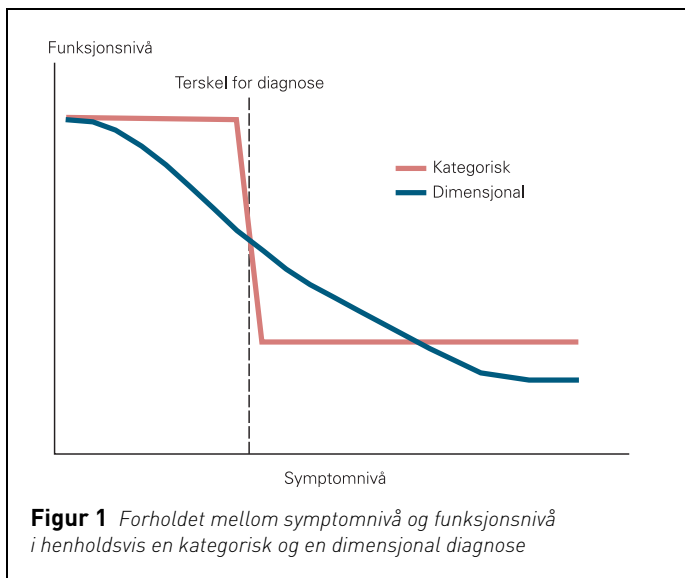
Psykosker

Prinsippene for kategoriseringen av psykosker i ICD-10 og DSM-IV stammer fra systematiske observasjoner som ble gjort fra slutten av 1800-tallet til begynnelsen av 1900-tallet. Pasientmateriale var stort sett begrenset til innlagte pasienter med svært alvorlige lidelser, kronisk forløp og betydelig funksjonssvikt. Sammenliknet med befolkningen utgjorde disse lidelsene tydelige kategorier. Fordelingen av psykosefenotypen i befolkningen er nok annerledes

enn i kliniske utvalg, og om slike utvalg legges til grunn, oppstår gjerne Berksons feilslutning, nemlig at fordelingen i befolkningen er som i innlagte utvalg (10). Positive symptomer (som hallusinasjoner og vrangforestillinger) og negative psykosesymptomer (som affektavflating, passivitet, isolasjonstendens, språkfattigdom) kan heller være fellesnevner for pasienter som trenger hospitalisering enn for en bestemt psykotisk lidelse. Psykosker har en multifaktoriell etiologi der mange gener med svake individuelle effekter samvirker seg imellom og med miljøfaktorer (11). Til sammen gir dette en gradient av risikofaktorer og en tilsvarende dimensjonal variasjon i fenotypene fra normalitet til klinisk psykose (kontinuum- eller enhetshypotesen) (12). Prevalensen av positive psykosesymptomer ligger på 4–18 % i befolkningsstudier og er kontinuerlig fordelt (12).

Schizotyp lidelse regnes i ICD-10 som en mild variant av schizofreni, mens DSM-IV har plassert lidelsen blant personlighetsforstyrrelsene. Lidelsen er karakterisert ved avvikende personlighetstrekk som eksentrisitet, kontaktfattigdom, mistroiskhet, uvanlige sanseropplevelser samt vag og omstendelig tankegang og tale. Risikoen for å utvikle klinisk psykose er mye høyere blant personer med slike psykosener personlighetstrekk enn blant dem uten slike trekk.

Det er vanskelig å finne forskjeller i pre-morbide risikofaktorer, klinisk presentasjon, behov for hjelpetiltak og prognose mellom de ulike diagnosene av psykosker, og det er derfor reist tvil om validiteten av dagens kategoriske inndeling (13). Et alternativ er å beskrive sammensetningen, eller profilen, av ulike relevante symptomdimensjoner hos den enkelte pasient. I faktoranalyse av kliniske materialer har man funnet fem slike dimensjoner: positive symptomer, negative symptomer, forstyrret atferd, maniske symptomer og depressive symptomer. Igjen møter man problemet med at



Figur 1 Forholdet mellom symptomnivå og funksjonsnivå i henholdsvis en kategorisk og en dimensjonal diagnose

Figur 2 Forskjellen mellom en kategorisk og en dimensjonal tilnærming til komorbiditet. Kategorisk tilnærming: Pasient A har en angstlidelse, pasient B har en komorbid angstlidelse og depressiv lidelse. Dimensjonal tilnærming: Begge pasienter har en blandet angst- og depressiv lidelse, men med noe ulik symptomprofil

slike studier er gjort på innlagte pasienter som gjerne har en lang historie med innleggelser bak seg. Andre dimensjoner ville kanskje vise seg om mindre syke pasienter ble studert (12).

Personlighetsforstyrrelser

Hittil har den dimensjonale diagnosetilnærmingen for psykiske lidelser fått størst oppmerksomhet innenfor personlighetsforstyrrelsene (14). F.eks. har dimensjonale mål for personlighetsforstyrrelser hos behandlingssøkende pasienter vist seg bedre til å forutsi funksjonssvikt enn kategoriske mål. Personlighetstrekk regnes som en type karakteristiske og stabile egenskaper som kan være til stede hos et individ i større eller mindre grad, altså et typisk dimensjonalt fenomen. Om vi betrakter personlighetsforstyrrelser som ekstremvarianter av personlighetstrekk, skulle den dimensjonale naturen til disse lidelsene være åpenbar.

Den kategoriske diagnostikken av personlighetsforstyrrelser har kriterier for atferd og indre opplevelser som i varierende grad knytter seg til kognisjon, følelsesliv, interpersonell atferd og impuls kontroll. Mer spesifikke kriterier for de enkelte forstyrrelsene omfatter avvikende grader av mistenksomhet, isolasjonstendens, manglende hensyn til andre, dårlig regulering av følelser, ekstrem selvopptatthet eller avhengighet av andre og generelt tvangspregede atferd. Individet med en personlighetsforstyrrelse har ofte flere av disse spesifikke kriteriene, og en kategorisk tilnærming angir da flere komorbide personlighetsforstyrrelser. Alternativt vil en dimensjonal tilnærming gi en profil med flere graderte personlighetstrekk, ikke bare de åpenbart patologiske. Den tilnærmingen åpner også for muligheten til å flytte personlighetsforstyrrelsene over til akse 1 i DSM-systemet for dermed å gi dem status som «virkelige» psykiske lidelser, samtidig som trekkene innen normalområdet kunne bli værende på en revidert akse 2 og gi informasjon som kan være klinisk nyttig (14).

Komorbiditet

Komorbiditet ble for alvor et fenomen innen diagnostikk av psykiske lidelser da DSM-III R (1987) droppet mesteparten av de hierarkiske klassifiseringsreglene som var laget for at pasienter bare skulle få én hoveddiagnose. Ved å oppheve disse hierarkiene tok man bedre vare på den diagnostiske informasjonen om pasienten, men prisen var at mange pasienter fikk diagnostisert to eller flere psykiske lidelser samtidig. En slik diagnostisk komorbiditet kan gi inntrykk av at det foreligger minst to psykiske lidelser side om side hos pasienten. En dimensjonal tilnærming vil ta bedre vare på den diagnostiske informasjonen ved at symptomene blir gradert uavhengig av diagnoseterskel og dermed beskriver symptomprofilen til pasientene mer presist (fig 2).

Problemer med overgang til dimensjonale diagnoser

Forslaget om en overgang til dimensjonale diagnoser har allerede møtt mye motstand og innvendinger (15). Hvorfor forandre et system som gir klare, operasjonaliserbare diagnoser og som i sin tid var et enormt fremskritt ved at den psykiatriske diagnostikken ble mer presis og etterprøvbart? En bekymring har vært den praktiske nytten av dimensjonale diagnoser. Som kliniker trenger man jo verktøy som kan være til hjelp når man skal avgjøre om behandling skal iverksettes eller ikke. Det er imidlertid mange andre forhold enn det å overskride en diagnostisk terskel som avgjør et slikt spørsmål, som f.eks. personlige ressurser og graden av støtte i omgivelsene. I en totalvurdering av pasientens problembelastning og ressurser vil dimensjonale mål på symptomprofil og total symptombelastning målt med instrumenter som ASEBA, HADS og HSCL trolig gi et bedre grunnlag for kliniske avgjørelser enn kategoriske diagnoser. Med utvikling av dimensjonale skalaer som korresponderer enda bedre med de kategoriske diagnosene, vil dimensjonale mål sannsynligvis oppleves enda mer klinisk nyttige.

Det har videre vært innvendt at diagnoser for psykiske lidelser vil bli for ulike diagnoser for somatiske sykdommer, men der finnes det jo allerede dimensjonale tillegg som blodtrykk, blodsukker eller overvekt. Noen hevder også at det vil bli vanskelig å sammenlikne studier fra DSM-IV, ICD-10 og tidligere utgaver med studier som bruker dimensjonale diagnoser.

Slike innvendinger er en av grunnene til at man i første omgang ikke ønsker å fjerne de kategoriske diagnosene, men å la dem stå ved siden av de dimensjonale. Et utvalg av enkle dimensjonsbeskrivelser anbefalt av WHO eller Den amerikanske psykiaterforeningen, vil sannsynligvis bli lett kommuniserbart og forståelig i løpet av kort tid. Det er stor enighet om at dimensjonale diagnoser gir en mer presis beskrivelse av de psykiske lidelsene, men i stedet for revolusjon vil man satse på evolusjon gjennom en prosess som kan ende opp med bare dimensjonale diagnoser i senere versjoner av DSM og ICD. Dette skyldes ikke bare politiske overveielser, men også at det vil ta tid å identifisere de best egnede dimensjonale målene gjennom klinisk bruk og forskning.

Konklusjon

Fra å være basert på oppfatningen til kliniske eksperter har kunnskapsgrunnlaget for diagnosesystemene innen psykiatri blitt mer og mer operasjonaliserte og forskningsbaserte. Det vi vet i dag, taler uten unntak for at de psykiske lidelsene er dimensjonale av natur og at diagnostikken derfor bør være tilsvarende. På sikt vil det kunne gi store kliniske fordeler med mer presis beskrivelse av pasientenes tilstand,

men også for forskningen ved at den diagnostiske informasjonen blir bedre ivarettat (bedre statistisk styrke og validitet). Den dimensjonale tilnærmingen vil også redusere bruken av stigmatiserende diagnostiske merkelapper som har vært en tilleggsbyrde for mennesker som fra før har store sosiale vansker. En overgang til dimensjonal diagnostikk vil trolig også medvirke til at våre forestillinger om den sanne naturen til de psykiske lidelsene og hvordan de henger sammen, blir mer nyansert. Siden den kategoriske tilnærmingen til diagnoser er så vel etablert, vil det helt sikkert bli en lang vei å gå, siden historien har vist at forslag om paradigmeskifter alltid vekker motstand.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (suppl 1): S8–15.
2. Andrews G, Brugha T, Thase ME et al. Dimensionality and the category of major depressive episode. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (suppl 1): S41–51.
3. Regier DA. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (suppl 1): S1–5.
4. Shear MK, Bjelland I, Beesdo K et al. Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (suppl 1): S52–64.
5. Hudziak JJ, Achenbach TM, Althoff RR et al. A dimensional approach to developmental psychopathology. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (suppl 1): S16–23.
6. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J et al. Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. *J Affect Disord* 2004; 82 (suppl 1): S45–58.
7. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52: 69–77.
8. Helzer JE, Bucholz KK, Gossop M. A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (Suppl 1): S24–33.
9. Saha TD, Stinson FS, Grant BF. The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2007; 89: 82–92.
10. Maric N, Myin-Germeys I, Delespaul P et al. Is our concept of schizophrenia influenced by Berkson's bias? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 600–5.
11. Jones P, Cannon M. The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21: 1–25.
12. Allardyce J, Suppes T, Van Os J. Dimensions and the psychosis phenotype. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (suppl 1): S34–40.
13. Murray RM, Sham P, Van Os J et al. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* 2004; 71: 405–16.
14. Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ et al. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 (suppl 1): S65–73.
15. First MB. Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 560–4.

Manuskriptet ble mottatt 15.2. 2008 og godkjent 23.5. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.