

Psykiatrisk diagnostik i stöpsleven

En femte omarbetad version av DSM är på gång



HANS ÅGREN, professor, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, sektionen för psykiatri och neurokemi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
hans.agren@gu.se

För över 30 år sedan frigjorde sig USA-psykiatri från WHO:s diktat genom att gå sin egen väg och skapa ett kriteriebaserat system för klassifikation av psykiatriska sjukdomar – »Diagnostic and statistical manual (for mental disorders) version 3« (DSM-III) [1].

Föregångaren (DSM-II) var identisk med åttonde versionen av WHO:s »International classification of diseases« (ICD-8).

Vad man åstadkom då har fått stort och bestående inflytande över hela världen:

- inga orsaksrelaterade (kausala) formuleringar i diagnosnamn
- ett helt kriteriebaserat diagnossystem, där bla tidsförlopp och väl utvalda objektiva och subjektiva symtom plus subjektivt lidande och funktionsnedsättning ingår
- avskaffande av föråldrade diagnoser som neuros, hysteri och homosexualitet
- ett deskriptivt system med så små inslag av teorier som möjligt – vare sig neurobiologiska eller psykologiska.

DSM-III och -IV förändrade psykiatri

DSM-III från 1979 och DSM-IV från 1992 har förändrat all världens psykiatri inom både forskning och praktik.

För tio år sedan fanns en utbredd tilltro till att kunskap om modern genetik och biomarkörer snart skulle introduceras inom psykiatrisk diagnostik. Genotyper (tex svaghet i serotonintransportörge-nen) och endofenotyper (tex överaktivitet i HPA-axeln [hypotalamus–hypofys–binjurebarkaxeln]) skulle komma att förändra beskrivningen av fenotyper.

Inget av detta är i dag moget att an-

vändas praktiskt. Psykiatri får fortsätta klara sig utan provtagningar.

Inbjuder till Internetdialog

American Psychiatric Association (APA) inledde 2007 sitt formella arbete med DSM-V, och i mars 2010 drog man skynket från sina preliminära slutsatser (lätt tillgängliga på <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

Konserverande krafter som vill förändra så litet som möjligt har kämpat mot reformivrare, som tex önskat införa ett brett dimensionellt synsätt i stället för den sedvanliga kriteriebaserade diagnosprocessen.

APA inbjuder till en Internetdialog med alla användare (psykiatrer, psykologer, jurister, övriga brukare, administratörer) innan den slutliga versionen presenteras omkring 2013.

Intressant närmande till WHO

DSM-V skiljer sig inte från sina föregångare i fråga om den allmänna strukturen, men det finns många intressanta förslag till förändringar. Det mest intressanta är en större beredvillighet att närma sig WHO:s internationella diagnossystem, ICD.

Det överraskar stort att man diskuterar en bantning av DSM:s fem axlar till tre: axlarna I (kliniskt syndrom), II (personlighetsstörningar) och III (somatisk sjukdom)

slås ihop (alltså ICD-liknande struktur), medan axlarna IV (psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter) och V (global skattning av funktion) behålls men anpassas till WHO:s utvecklingsarbete med klassifikation av funktionsnedsättningar.

DSM-V – ett reformarbete

Ett urval av förändringarna belyser reformarbetet.

Kategoritänkandet kvar. Det grundläggande kategoriska tänkandet bibehålls, eftersom det är kliniskt lätt att använda och ger bra mellanbedömarre-



Illustration: Paul Brown/SPL/IBL

Säkrare psykiatrisk diagnostik är målet för den utveckling av sjukdomsklassifikationssystemet DSM som nu görs.

liabilitet. Man lägger till en obligatorisk användning av dimensioner inom väl valda områden: tex depressioners svårighetsgrad, självmordsrisker och hur väl en patient matchar vissa typer av personligheter och personlighetsstörningar.

Schizofrenibegreppet förändras. För schizofreni slopas den vanliga indelningen i paranoid, desorganiserad, katon och icke-differentierad. I stället introduceras begreppet »psychosis risk syndrome«, som ersätter prodromala

Sammanfattat

En preliminär femte version av psykiatriklassifikationen DSM (DSM-V) från American Psychiatric Association har nu offentliggjorts. Arbetet är dock inte färdigt förrän om tidigast två år.

Den grundläggande kategoriska strukturen är oförändrad, men dimensionella mått introduceras (tex för att ange depressionsdjup och för aspekter på personlighetsstörningar).

En början till harmonisering med det internationella sjukdomsklassifikationssystemet ICD förväntas – det välkända 5-axelsystemet ses över, och klassifikationen av funktionsförmåga blir mer ICD-lik.

sjukdomsstadier, och en kategorisering av katatona drag. Negativa och kognitiva symtom definieras bättre. Schizoaffectiv störning finns kvar. Sexmånaderskriteriet för definitiv schizofrenidiagnos är oförändrat.

Nyheter om affektiva störningar. Vad gäller affektiva störningar är den största nyheten begreppet »mixed anxiety depression» för patienter som uppfyller 3–4 (inte 5) egentliga depressionssymtom åtföljda av »anxious distress» av typen generaliserad ångest. Begreppet dystymi försvinner och ersätts av »chronic depressive disorder». Alla affektiva syndrom som varar längre än två år benämns ju »kroniska».

Inte mycket nytt om depression. Kriterierna för en egentlig depression är relativt oförändrade. Subklassificerande faktorer är psykotiska drag (inklusive humörkongruens/-inkongruens), katatona drag, melankoliska drag, atypiska drag och debut post partum. Obligatoriskt är skattning av depressionsdjup med depressionsenkäten PHQ-9 (Patient health questionnaire) och formell bedömning av självmordsrisk.

Cyklotym störning som diagnos. Beskrivningen av bipolära störningar är rätt oförändrad. Noteras bör att man har med typ I, typ II och UNS och alltså inte tagit med Akiskals och andras omdebatterade spektrumbegrepp. Däremot finns cyklotym störning med som separat diagnos.

Ingående om personlighet. Ett mycket stort arbete har lagts ned på personlighetstyper och personlighetsstörningar. Man presenterar 5 nivåer av »personality functioning», bara 5 typer av personlighetsstörningar (antisocial/psychopathic, avoidant, borderline, obsessive-compulsive och schizotypal), 6 »broad personality trait domains» och

4–10 »lower-order trait facets». Jag kan inte här gå på djupet med dessa nya begrepp. Varje patient svarar mot beskrivna mallar i olika hög grad.

Genom att man överlagrat detta dimensionella bedömningssätt på en bandad kategorisk bas, undviks den annars stora och välkända risken att patienten får alltför många samtidiga diagnoser som brister i trovärdighet.

Missbruk får nya termer. Inom missbruksområdet (substance-related disorders) är den stora nyheten att användningen av begreppet »dependence» begränsas till fysiologiska beroenden såsom olika utsättningssyndrom. Allt äkta missbruk benämns »addiction» – från för mycket cannabis till för mycket sex. Skillnaden mellan bruk och missbruk antyds inte i någon diagnosformulering, och det nya uttrycket för alkoholism är »alcohol use disorder».

På svenska har vi samma ord för addiction och dependence (beroende), och vi kommer att behöva ta ställning till en bra differentiering på svenska. Kanske vore det bra att anamma ordet addiction.

Asperger – autism ändras. Inom barn- och ungdomspsykiatri är en stor förändring att eponymen Aspergers syndrom tas bort och ersätts med autismspektrumstörning. Likheter är många mellan autism och Aspergers syndrom, både genetiskt och neuropsykologiskt, och svenska forskande barn- och ungdomspsykiatrer välkomnar ändringen [Christopher Gillberg, Göteborg, pers medd; 2010].

Risken för överdiagnostik överdriven
Amerikanska kritiker har hävdade att DSM-V kommer att öka risken för falskt positiva diagnoser och därmed överkonsumtion av psykiatriska behandlingar, både farmakologiska och psykologiska [2, 3]. Jag kan inte inse att denna

risk skulle öka jämfört med användning av tidigare diagnostiska konventioner, inklusive ICD.

Varje igenkännbar psykisk avvikelse som innebär antingen ett personligt lidande eller en tydlig social eller medicinsk funktionsnedsättning bör erbjudas någon form av behandling – det vore oetiskt annars.

Risken för överdiagnostik (och underdiagnostik) är snarare knuten till bedömarens kunnskap i psykiatri. Och ett memento har vi tagit till oss – det kommer att dröja länge innan prekliniska kunskaper om samspelet mellan hjärna och beteende resulterar i kliniskt användbara biomarkörer. Fenotypning före genotypning!

Viktigt översättningsarbete väntar

Jag förutspår att vi i Sverige kommer att använda DSM-V, och vi bör snarast ta itu med att skapa svenska termer för flera nya formuleringar.

Den största lyckan vore om det pågående närmandet mellan APA i Washington DC och WHO i Genève resulterade i ett synkroniserat utvecklingsarbete i fråga om DSM-V och ICD-11. Detta skulle i hög grad underlätta det terminologiska arbetet på svenska som nu ligger framför oss. Vi bör inte göra om misstaget att översätta »disorder» till »syndrom», som gjordes i början av 1980-talet när vi fick DSM-III på svenska. I Norge bestämde man sig för ordet »lidelse», vilket tyvärr har en något anorlunda betydelse på vårt språk.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ågren H. Mot en förnyelse av psykiatrisk diagnostik: DSM-III. Nordisk Psykiatrisk Tidskrift. 1979;33:85–93.
2. Frances A. Whither DSM-V? Br J Psychiatry. 2009;195:391–2.
3. Frances A. The first draft of DSM-V. BMJ. 2010; 340:492.

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

Välkommen! Men kontakta först Stefan Johansson, medicinsk redaktionschef: stefan.johansson@lakartidningen.se

Utmanande
saklig

Läkartidningen