

Diagnostisering og case

I den første af to artikler om udredning af børn og unge med psykiske forstyrrelser sættes psykologisk caseformulering over for psykiatrisk diagnosticering

Når forældre søger psykologisk eller psykiatrisk hjælp til deres barn, er de ofte bekymrede, frustrerede og forvirrede. De er fyldt med dels tanker om barnets eller den unges forskellige symptomer, dels om mulige årsager til vanskelighederne. Familien har været igennem forskellige forsøg på at tackle vanskelighederne og har brug for hjælp til at udrede problemkomplekset og samle brikkerne til et billede, som giver mening.

En diagnose er én måde at samle brikkerne på, en caseformulering er en anden.

Diagnosen navngiver og klassificerer det enkelte barns psykiske lidelse i et univers af lidelser og siger dermed, hvilken type af forstyrrelse, det drejer sig om. Til diagnosen knytter sig generel viden om fx årsagsfaktorer og prognose. Men diagnosen indeholder ikke specifik information om det enkelte tilfælde. Det er en afgørende grund til at supplere diagnosen med en caseformulering.

Caseformuleringen sigter mod en sammenfattende forståelse af den enkeltes symptomer og vanskeligheder i lyset af personens særlige sårbarhed, udviklingshistorie, aktuelle stressforhold og beskyttende omstændigheder. Ved at supplere den diagnostiske formulering med en caseformulering skabes et bedre grundlag for individuel behandlingsplanlægning og varetæelse af psykoedukation i forhold til familien.

Psykisk forstyrrelse og psykopatologi

I både DSM-IV og ICD-10 anvendes betegnelsen 'psykisk forstyrrelse' (mental disorder). Begge manualer forholder sig kritisk til betegnelsen, men finder, at det er den mest acceptable og fastholder, at man må undgå, hvad de opfatter som mere uheldige termer som 'psykisk sygdom' (mental disease eller illness). 'Psykisk forstyrrelse' defineres som tilstedeværelsen af et klinisk genkendeligt set af symptomer eller adfærd, som for personen er associeret med lidelse (distress), og som interfererer med personens funktions- og tilpasningsevne.

DSM-IV-TR (APA, 2004) gør den interessante betragtning, at både 'psykiatriske forstyrrelser' og 'psykologiske forstyrrelser' ville have været bedre betegnelser end 'psykiske forstyrrelser', men de finder det ikke anbefalelsesværdigt, da det kan sætte gang i professionelle territoriale konflikter mellem psykologer, psykiatere og andre faggrupper. Den i Danmark hyppigt anvendte betegnelse 'psykisk syge børn' eller 'psykiatriske sygdomme' hos børn og unge har således ikke støtte i international terminologi. I denne artikel anvendes betegnelsen psykiske forstyrrelser i overensstemmelse med klassifikationsmanualernes definition.

Betegnelsen psykopatologi bruges synonymt med psykisk forstyrrelse og henfører til en række tilstande som

psykologiske udviklingsforstyrrelser (fx autismspektrum forstyrrelser); angst og depression; adfærdsforstyrrelse eller andre tilpasningsvanskelighed; misbrug; psykoser m.m. Det ligger ikke implicit i termen, at patologien ligger endogen i barnet, det kan lige så vel være en reaktion på forhold i omverdenen. Det er heller ikke implicit, at det drejer sig om sygdom i medicinsk forstand – eller at tilstanden er kronisk. Det afgørende er, at reaktionen/symptomerne for barnet/den unge er associeret med psykisk lidelse og mistrivsel, samt at tilstanden interfererer med barnets funktions- og tilpasningsevne på et givet tidspunkt.

Den medicinske sygdomsmodel

Sygdomsklassifikation er baseret på en lang og succesfuld tradition inden for den medicinske videnskab. Sygdomme afgrænses på baggrund af hyppigt sameksisterende adfærdssymptomer eller dysfunktioner, der optræder med relativ intensitet, hyppighed og vedholdenhed. På den måde kan formodede sygdomme afgrænses og diagnosticeres, før den aktuelle årsag er kendt – gennem omhyggelig observation af dens kliniske manifestationer.

Moderne diagnoser er deskriptive, dvs. stilles (helt overvejende) på observerbar adfærd. Der er forskellige veje til viden om den kritiske adfærd, enten gennem observation af barnet,

formulering



gennem information fra forældre, skole eller barnet selv og endelig gennem brug af diverse psykologiske test, rating scales eller diagnostiske instrumenter, som er specialdesignede til formålet. Diagnose betyder 'at kende forskel', og diagnosticering består netop i at identificere sygdomme og skelne dem fra hinanden på basis af fremtrædende symptomer.

Sygdomsenhederne opfattes som kategorialt afgrænsede fra hinanden. Hvis man opfylder kriterierne, formo-

des man at have sygdommen, ellers ikke. Om end det kan være praktisk og nyttigt med kategorialt adskilte sygdomsafgrænsninger tyder forskningen på, at de underliggende patologiske processer hos børn og unge bedre lader sig beskrive dimensionalt (Rutter & Scroufe, 2000).

Den diagnostiske praksis har kæmpet med uacceptabel lav reliabilitet. Man havde forventet, at indførelsen af ateoretiske og deskriptive diagnoser med adfærdsdefinerede kriterier ville

have forbedret reliabiliteten. Med brugen af standardiserede diagnostiske instrumenter er det blevet bedre, men stadig ikke tilfredsstillende. Cantwell (1996) konkluderer, at reliabiliteten er acceptabel for de fleste hoveddiagnoser som angst, men ikke for underdiagnoser som separationsangst, social fobi mv. En grund til den lave reliabilitet er, at der nok er præcise objektive observerbare kriterier for en given diagnose, men der er ikke præcise retningslinjer for, hvornår et givet krite-





► ► ► rium er opfyldt, og heller ikke vejledning til, hvordan forskellige typer af information fra forskellige kilder vægtes og integreres. Klinikerer er i overlødt til sin subjektive vurdering.

Komorbidity refererer til den situation, at samme barn opfylder kriterierne for flere diagnoser. Barnet kan have to eller flere forskellige lidelser, og komorbidity udtrykker i givet fald sværhedsgrad. Men komorbidity kan også være en 'bivirkning' ved at anvende et kategorialt klassifikations-system på fænomener som af natur ikke er kategoriale.

De diagnostiske kriterier for forskellige lidelser præsenteres som en slags a la carte menukort, hvor man inden for hovedretterne kan vælge mellem forskellige retter. Omsat til diagnose-systemet betyder det, at et vist antal symptomer af flere mulige skal være til stede inden for forskellige områder, for at diagnosen stilles. A la carte-diagnoserne medfører derfor et heterogenitetsproblem – børn med samme diagnose behøver kun have få symptomer fælles, hvorfor de ikke har samme behov for behandling eller samme prognose. A la carte-diagnoserne har forbedret reliabiliteten, men på bekostning af validiteten.

Der er kommet flere og flere diagnostiske kategorier til – man har differentieret mere og mere, bl.a. for at komme heterogeniteten til livs og for at forbedre reliabiliteten. Det betyder, at der er flere hundrede diagnoser, og systemet har fået et problem med 'dækning'. En del børn kan ikke rubriceres inden for nogen diagnostisk afgrænsning. For at løse dette problem har man defineret brede uspecificerede (opsamlings-)kategorier i tilknytning til mange af lidelserne, fx 'adfærdstyrrelse uspecificeret'.

Symptomer på samme lidelse viser

sig forskelligt på forskellige udviklingsstrin. I tilfældet 'børn med separationsangst' er de små meget bekymrede ved udsigten til adskillelse fra tilknytningspersonen, medens de ældre reagerer med somatisering og skolefobi. Tilsvarende har små med ADHD motoriske problemer og hyperaktivitet, hvorimod de unge belastes af indre rastløshed og problemer med at organisere sit liv. Men de psykiske forstyrrelser afgrænses uafhængigt af udviklingsmæssige forhold, der anvendes samme kriterier for alle aldre. Tilsvarende er de diagnostiske kriterier kontekstfrie.

I arbejdet med børn og unge, hvis psykiske symptomer er under påvirkning af deres familiære eller øvrige sociale kontekst, giver det problemer og bidrager til opfattelsen af, at der er tale om noget, barnet har (sygdom iboende barnet) uafhængigt af miljø. For at kompensere for disse forhold findes til både DSM og ICD mulighed for multiaxial diagnostik, hvor relevante forhold vedrørende barn og familie belyses.

Trods udfordringer og uløste problemstillinger er diagnosesystemet med dets operationelt definerede kriterier for psykiske, adfærds- og udviklingsmæssige forstyrrelser et nyttigt og uundværligt redskab for både klinik og forskning. Diagnosesystemet er grundlaget for vores epidemiologiske viden om incidens og prevalens af de forskellige psykiske forstyrrelser, og ligeledes er det grundlag for udforskning af de forskellige psykopatologier. Endelig skaber systemet mulighed for, at professionelle kan systematisere klinisk erfaring vedrørende forskellige kliniske problemstillinger. Sådant viden inkluderer klinisk beskrivelse af problemer og identifikation af faktorer, som er associeret med ætiologi, reak-

tion på behandling og behandlingsforløb. Det skaber sammen med den forskningsbaserede viden et vigtigt fundament for god klinisk praksis. Endelig fremmer de veldefinerede diagnostiske termer kommunikationen på tværs af fagdiscipliner, behandlingssystemer og landegrænser. Det gælder både i klinik og forskning. Det har vist sig, at diagnosen også skaber grundlag for dannelse af interesseorganisationer, som vi kender det for autisme, ADHD, spiseforstyrrelser.

Problemer med diagnosernes reliabilitet, validitet og komorbiditet har imidlertid fået både børne- og ungdomspsykiatere og kliniske psykologer til at lede efter andre måder at tænke om psykopatologi hos børn og unge.

Psykopatologi i et udviklingsperspektiv

Scoufe & Rutter definerede i 1984 den tværfaglige disciplin 'developmental psychopathology' (dansk: udviklingspsykopatologi): 'Studiet af individuelle mønstre af tilpasningsvanskeligheder, disses oprindelse (årsager) og udviklingsforløb, uafhængigt af hvor forskelligt de måtte udtrykke sig adfærdsmæssigt i løbet af udviklingen, og uafhængig af hvor komplekst udviklingsforløbet måtte blive.' Dermed markerede de en bevægelse væk fra en traditionel medicinsk kategorial sygdomsforståelse til en mere udviklingsorienteret, kontekstuel og transaktionel.

Udviklingspsykopatologi er blevet et hastigt voksende multidisciplinært forskningsfelt for studiet af de udviklingsmæssige processer, som bidrager til eller beskytter mod psykopatologi. Inden for denne ramme belyses samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale aspekter af normal og

abnormal udvikling i livslangt perspektiv. Der er tale om en integrativ tilgang med multiple teoretiske perspektiver og forskningsstrategier under én fælles hat. (Cicchetti, 2006).

Parametre i udviklingspsykopatologi

Essensen i dette perspektiv er: I hver udviklingsfase bliver barnet stillet over for en 'udviklingsopgave', hvori det skal bruge både interne og eksterne ressourcer for at tilpasse sig de udviklingsmæssige krav. Hvis barnet er i stand til succesfuldt at tilpasse sig disse krav, bliver dets udvikling med sandsynlighed orienteret mod en normal udvikling, hvorimod fiasko eller et dårligere udkomme kan placere barnet på en udviklingsvej i retning af psykopatologi.

Psykisk forstyrrelse ses som et resultat af et komplekst samspil mellem en myriade af risiko og beskyttende faktorer, som opererer over tid. Psykopatologi er: "an outcome of development", som det formuleres af Scroufe (1997). Det bliver derfor essentielt at identificere, hvad der bevirker, at den normale udvikling ikke følges, herunder risikofaktorer, vedligeholdende og beskyttende faktorer:

Risikofaktorer: er karakteristika, begivenheder eller processer, som øger sandsynligheden for udvikling eller vedligeholdelsen af dysfunktion. En række forhold i barnet selv, i barnets nære miljø og i den videre sociale omverden påvirker sandsynligheden for, at et barn udvikler en psykisk forstyrrelse enten ved at prædisponere til psykiske lidelse eller ved at vedligeholde en tilstand af psykisk lidelse.

En særlig gruppe risikofaktorer er de prædisponerende sårbarhedsfaktorer: Nogle børn er særligt sårbare og dermed prædisponerede for at udvik-



► ► ► le en psykisk forstyrrelse. Barnets sårbarhed øger sandsynligheden for, at det vil påvirkes af en risikofaktor, og når risikofaktorer arbejder i et sårbart sind, intensiveres effekten. Sårbarhedsfaktorer opfattes sædvanligvis som noget, der er iboende, enten medfødt eller forårsaget af forhold i det tidlige omsorgsmiljø. De medfødte faktorer kan være det genetiske eller forskellige dimensioner af temperament. De omverdensbaserede faktorer kan være skader på centralnervesystemet, fødselskomplikationer eller faktorer som knytter sig til opdragelse og indlæring.

Sårbarhedsfaktorer betragtes sædvanligvis som relativt stabile og varige. Det er dog sådan, at sårbarhedsfaktorer, som beror på medfødte processer eller en eller anden form for skade på centralnervesystemet, betragtes som mere varige end de, der er resultatet af indlæring.

Sårbarhedsfaktorer spiller således en kausal rolle i udviklingen af psykopatologi.

Vedligeholdende faktorer: Det er ikke nødvendigvis de samme faktorer, som har forårsaget udviklingen af en psykisk forstyrrelse, som også vedligeholder den. Barnet og familien må ofte lære at leve med den særlige sårbarhed, der bidrog til den psykiske forstyrrelses opståen, hvorimod der kan være forskellige muligheder for indgriben i forhold til aktuelle forhold, der vedligeholder de psykiske problemer, som fx en overbeskyttende, ængstelig familiekultur. I behandlingsplanlægningen er det vigtigt at identificere vedligeholdende faktorer i familie, skole og behandlersystem.

Beskyttende faktorer: er karakteristika, begivenheder eller omstændigheder, som fremmer kompetent udvikling og mindsker den mulige indflydelse af en risikofaktor. Eftersom ikke alle børn, der er udsat for (potentielle) risikofaktorer, udvikler psykopatologi, er det en udfordring at identificere faktorer, som fremmer/vedligeholder en sund udvikling. Det er vigtigt, da

de beskyttende faktorer er behandlingens selvskrevne alliancepartnere.

Multi-kausalitet: Tidligere anvendtes fx betegnelsen 'tidligt skadede børn', som byggede på den antagelse, at et miserabelt opvækstmiljø var hele forklaringen på svært adfærdsforstyrrede børns utilpassede adfærd. Implicit i en sådan monokausal forklaring ligger en formodning om, at der er en direkte og lineær relation mellem én årsag og ét resultat. Forskningen inden for udviklingspsykopatologi tyder på, at de fleste dysfunktioner hos børn og unge er resultatet af et samspil mellem multiple psykologiske, sociale og biologiske processer. Og videre, at ikke alle individer påvirkes/slås ud af deres adaptive kurs, selv om de udsættes for alvorlig/massiv psykosocial belastning.

Diversiteten i de udviklingsmæssige processer og outcome er blevet et kerneområde i udviklingspsykopatologi. For at forstå dette anvendes principperne equifinalitet og multifinalitet fra generel systemteori. Equifinalitet refererer til den observation, at forskellige børn kan nå samme psykopatologiske outcome efter at have fulgt helt forskellige udviklingsstier. En slags udviklingssti til en given patologi synes mere undtagelsen end reglen, hvilket betyder, at børn og unge, der fx udvikler en adfærdsforstyrrelse, gør det af forskellige grunde og følger forskellige udviklingsveje ind i psykopatologien. Multifinalitet: forudsiger at forskellige former for outcome kan være udsprunget af et og samme udgangspunkt. En særlig belastning/risikofaktor fører ikke nødvendigvis til samme psykopatologiske outcome hos alle individer – netop fordi sådanne faktorer ikke opererer i isolation. Opfølgning af børn, som er omsorgs- svigtede eller har været udsat for børnemishandling, viser en diversitet i outcome – ikke blot adfærdsforstyrrelse, også angst, depression eller normalitet er muligt outcome. Medfølgende kontekstuelle risiko eller beskyttende faktorer bestemmer udfaldet.

Alan Carrs model

Alan Carr har i sin caseformuleringsmodel, som illustreres nedenfor (figur 1-5), visualiseret udviklingspsykopatologiens dynamiske forståelse af psykiske forstyrrelser som et resultat af samspillet mellem forskellige faktorer. I hans: "Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychiatry" (2006) er caseformuleringsmodellen den ryggrad, der gør det muligt at integrere og organisere den forskningsbaserede viden i følgende overordnede rubrikker:

- Aktuelle problem eller lidelse (her eksemplificeret ved angst).
- Fremskyndende faktorer i tiden op til henvisningen.
- Prædisponerende faktorer; barnets individuelt og kontekstuel betingede sårbarhed fra tidlig i livet.
- Vedligeholdende faktorer i personen, familien, skole eller behandlersystem.
- Beskyttende faktorer i personen, familien, skole eller behandlersystem.

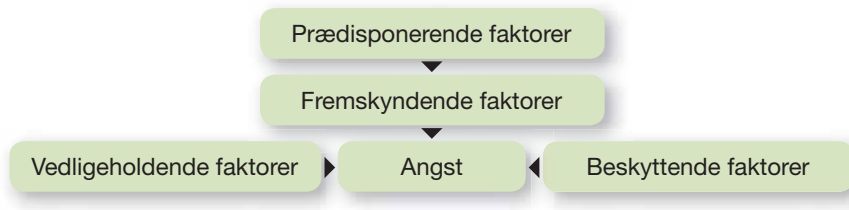
Modellen anvendt

Som eksempel på modellens anvendelse bringes en udarbejdet caseformulering på en sag med ukompliceret separationsangst.

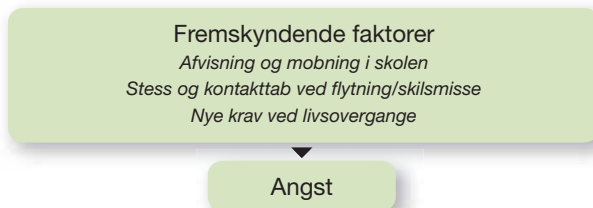
Psykiske symptomer: Michael er en 8 år gammel dreng, hvis mor henvender sig til privatpraktiserende psykolog, fordi det er blevet tiltagende vanskeligt af få drengen i skole om morgenen. Han er klyngende og har kvalme. Ubahaget går over, når moderen giver efter og lader ham passe hos en nabokone. Ved insisteren fra moderens side bliver han opkørt, ulykkelig og udkældende. Skolen er begyndt at reagere på det stigende fravær, og for nabokonen er det også ved at blive for meget. Foruden problemerne om morgenen har moderen tiltagende svært ved at passe sit arbejde, da Michael ringer flere gange om dagen for at sikre sig, at hun er OK. Han bliver meget ængstelig og frygter, at der er sket moderen en ulykke, hvis han hentes blot få minutter over tid i skolefritidsordningen.

FIGUR 1. Caseformulering.

I de efterfølgende figurer sættes fokus på modellens forskellige elementer. I rubrikkerne indsættes forskningsbaseret viden om, hvad der fremskynder (fig. 2), prædisponerer (fig. 3), vedligeholder (fig. 4) og beskytter (fig. 5) udviklingen af angst hos børn.



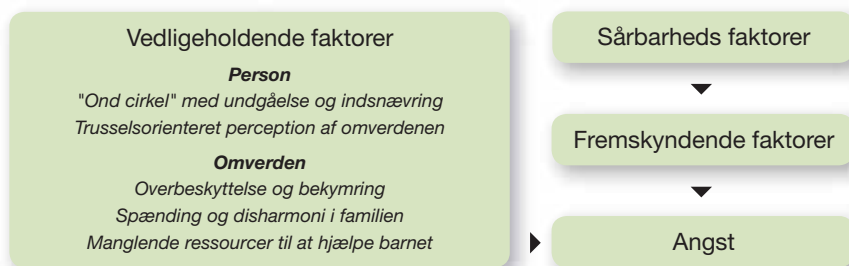
FIGUR 2. Hvad fremskynder eller udløser angsten?



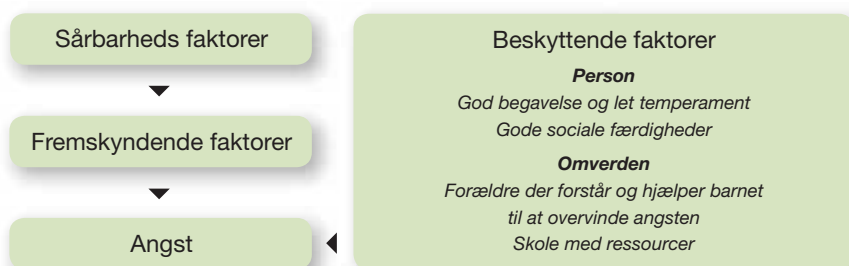
FIGUR 3. Hvad prædisponerer til angsten?



FIGUR 4. Hvilke faktorer vedligeholder angsten?



FIGUR 5. Hvilke beskyttende faktorer kan gøre sig gældende ved angsten?



Fremskyndende faktorer: De aktuelle problemer blussede op i kølvandet af forældrenes skilsmissе, hvor faderen forlod hjemmet. Michael har næsten mistet kontakten med faderen.

Prædisponerende faktorer: Michael har altid været en ængstelig og forsigtig dreng. Der er disposition til angstlidelse i nærmeste familie.

Vedligeholdende faktorer: Michael er meget umoden og uselvstændig af sin alder, med ringe tro på egne kræfter. Familien har isoleret sig, og drengen har 'Palle alene i verden'-frygtfantasier, som aktiveres ved separation.

Beskyttende faktorer: Michael er en velbegavet dreng, der ikke har faglige vanskeligheder. Han har gode kammerater i skolen, som han gerne vil lege med. Begge forældrene har god forståelse af problemstillingen og vilje til at samarbejde om behandlingen.

Man kan indvende, at en caseformulering blot er en sammenfatning af den viden, man har, og hvad nyt er der i det? Det nye er, at udrednings og formuleringsprocessen er informeret af viden om den specifikke lidelse indhentet indenfor det udviklingspsykopatologiske forskningsfelt. Figur 6 (side 27) viser caseformuleringsmodellen i udvidet form for psykopatologi generelt, tilsvarende findes for hver enkelt lidelse: fx angst, adfærdsforstyrrelse og spiseforstyrrelse.

Hvert skema organiserer og henviser til forskningsbaseret viden om relevante faktorer i forhold til psykopatologiens opståen, vedligeholdelse eller bedring. Modellen er hjælpsom i udredningsfasen Hvis man fx undersøger en case med angst, kan man under udredningen lade sig vejlede af denne viden, hvilket kvalificerer udredningen og sikrer, at man kommer omkring væsentlige forhold – ligesom man, hvis der ikke er bevægelse i behandlingen, kan konsultere modellen for mulige forklaringer. Måske har man overset vigtige vedligeholdende forhold. Modellen for den konkrete lidelse kan anvendes som en hjælp til



- ▶ ▶ ▶ forståelse, understøtte hypotesedannelse og dermed kvalificere det kliniske arbejde.

Kultur og viden

Psykiatriens diagnostiske sprog har bredt sig langt ud over psykiatriens grænser – båret af en stærk fagkultur, men psykologien har et vigtigt bidrag til den medicinske sygdomsmodel i form af sit udviklingsorienterede og kontekstuelle perspektiv på psykiske forstyrrelser. Psykologer i psykiatrien må mestre både den medicinske og den psykologiske måde at forstå psykopatologi og må kunne arbejde med både diagnostisk formulering og caseformulering.

Til de diagnostiske termer knytter sig klinisk og forskningsbaseret viden. Men diagnoser yder kun en generel struktur til forståelse af det individuelle barns psykiske problemer, ikke detaljer om klinisk betydningsfulde forhold i den enkelte sag, og vil derfor alene være utilstrækkeligt som grundlag for at udarbejde en behandlingsplan for det enkelte barn og familie.

Imidlertid indhentes under udredningen langt flere informationer, end der indgår i den diagnostiske formulering. Disse kan indgå i caseformule-

ringen. Det kan gøres forskningsinformeret inden for rammerne af udviklingspsykopatologi. Caseformuleringen kan ses som en 'miniteori' for det enkelte barn eller unge menneske, som giver den bedst mulige forklaring på: Hvorfor det præsenterede problem er opstået, hvorfor det varer ved, og hvilke beskyttende faktorer der enten forhindrer det i at blive værre eller bidrager til at løse det.

Caseformuleringen kan deles med barnet, den unge og familien (psykoekudation) og danne grundlag for den individuelle behandlingsplan, som retter sig mod de vedligeholdende og beskyttende faktorer (ikke bare symptomerne).

*Anegen Trillingsgaard,
chefpsykolog og adj. professor,
Børne- og Ungdomspsykiatrisk
Center Risskov &
Psykologisk Institut,
Aarhus Universitet*

Litteratur:

Cantwell, D.P. (1996). Classification of child and adolescent pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37 (1), 3-12.

Carr, A. (2006). *Handbook of clinical child and adolescent psychology*. London. Routledge.

Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (1995). *Perspectives on Developmental Psychopathology*, 1, 3-22 I: Cicchetti, D. & Cohen, D. J.: *Developmental psychopathology, Volume 1: Theory and Methods*.

Cicchetti, D. (2006) *Development and Psychopathology*. 1, 1-23 I: Cicchetti, D. & Cohen, D.J. *Developmental Psychopathology. Vol. I, Theory and Methods*.

DSM-IV-TR Guidebook. American Psychiatric Publishing Inc., 2004.

ICD-10. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. World Health Organization, Geneva 1993.

ICD-10. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva 1992.

Jensen, P.S., Hoagwood, K. & Zitner, L. (2006). What's in a Name? Problems versus Prospects in current Diagnostic Approaches, 2, 23-40 I: Cicchetti, D. & Cohen, D.J. *Developmental Psychopathology. Vol. I, Theory and Methods*.

Rutter, M. & Scroufe, L.A. (2000). *Developmental psychopathology: Concepts and challenge*. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.

Scroufe, A. (1997). *Psychopathology as an outcome of development*. *Development and psychopathology*, 9, 251-268.

Scroufe, L.A. & Rutter, M. (1984). *The domain of developmental psychopathology*. *Child Development*, 55, 17-29.

Tarrier, N. & Calam, R. (2002) *New developments in cognitive-behavioural case formulation*. *Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2002, 30, 311-328.

PRÆDISPONERENDE FAKTORER

FIGUR 6.
Caseformulerings-
modellen, udvidet
form.

