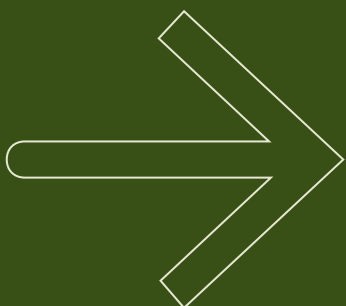


ICD6
ICD7
ICD8

NU KOMMER DEN NYE DIAGNOSE- MANUAL

ICD9

ICD10



ICD11

Verdenssundhedsorganisationen er (næsten) klar med ny udgave af diagnosesystemet, ICD. Revisionen har været undervejs i 28 år og bygger bl.a. på ny forskning og løbende feltundersøgelser blandt 15.000 klinikere fra flere end 150 lande. *Magasinet P* giver et sneak peek på de største nybrud og ændringer, når det gælder psykiske diagnoser.

Den har været forsinket i syv år, og undervejs er der blevet udgivet hundredvis af forskningsartikler om dens indhold. Og nu ser den langt om længe dagens lys: Den 11. udgave af *The International Classification of Diseases*, eller bare ICD, ligger stort set klar til brug på Verdenssundhedsorganisationen WHO's hjemmeside - men i en såkaldt betaversion, hvilket betyder, at den er så godt som færdig, altså en slags prototype af den endelige manual, men med mulighed for at kunne justere, inden den officielt går i luften. Hvornår det præcist sker, er dog endnu uvist.

ICD er WHO's globale codesystem, og det bruges af sundhedspersonale over hele verden til diagnosticering af kendte og velundersøgte sygdomme og lidelser.

Det er 28 år siden, at WHO sidst lavede en lige så grundig revision af ICD-manualen, vejen og processen har været lang, og i den anledning har *Magasinet P* bedt to fremtrædende forskere, der begge har deltaget i revisionsarbejdet, pege på de største nybrud og ændringer i den nye og reviderede udgave af ver-

dens mest udbredte psykiske diagnosemanual: **Cary Kogan (CK)**, professor i klinisk psykologi ved University of Ottawa, Canada og konsulent hos WHO's Department of Mental Health and Substance Abuse, som har arbejdet med reformuleringen af ICD-11-guidelines til beskrivelse af neuroidviklingsforstyrrelser, affektive lidelser, angst og frygtrelaterede lidelser, tvangslidelser og misbrugs- og afhængighedsrelaterede lidelser.

Og **Peter Tyrer (PT)**, professor i psykiatri ved Imperial College, London, og leder af ICD 11-arbejdsgruppen med ansvar for revisionen af ICD-11's klassifikation af personlighedsforstyrrelser.

Hvis vi sammenligner ICD-11 med ICD-10 i forhold til klassifikationen af psykiske lidelser - hvad er så de største ændringer?

CK: Et primært mål med ICD-11 har været at forbedre retningslinjernes brugbarhed i klinikken. Med brugbarhed mener vi bl.a., at retningslinjerne skal være lette at anvende, skal skabe klarhed og skal kunne bruges som grundlag for beslutninger om behandling.

DE NYE MARKANTE ÆNDRINGER I ICD-11*

Kompleks PTSD

indføres som ny
diagnose

(personlighedsændring efter
katastrofeoplevelse udgår)

Forlænget sorgreaktion

indføres som ny
diagnose

Personligheds-

diagnoserne laves

om – de bliver opdelt
i mild, moderat og svær
personlighedsforstyr-
relse, overordnet set

Klassifikationen (ICD-11, red.) er optimeret i forhold til, hvordan *mental health*-eksperter tænker.

PT: Generelt ønsker WHO en mere 'dimensionel' tilgang til diagnoserne. Fx er de hidtidige kategorier af 'personlighedsforstyrrelser' blevet skrottet i ICD-11, og i stedet har WHO – som det mest radikale i ICD-11 – gjort kategorien personlighedsforstyrrelser dimensionel. Med den dimensionelle tilgang "skaleres" diagnoser, og det, mener vi, er vigtigt for at kunne tilbyde den bedste behandling til patienterne. Hvis vi kigger på patienter med personlighedsforstyrrelser, varierer behandlingsbehovet fra patient til patient, og i dag er behandlingstilbuddene typisk standardiserede og meget omfattende med mange ugers terapi. Men det er ikke altid nødvendigt at rulle den store pakke ud til den gruppe patienter, da det afhænger af, hvor svær lidelsen er. Den dimensionelle tilgang åbner for en mere tilpasset behandling.

Hvilke nye diagnosekategorier i ICD-11 vil du fremhæve?

CK: 'Kompleks PTSD' er vigtig. Den er blevet tilføjet, fordi der findes beviser for eksistensen af denne lidelse. Vi ser andre reaktioner og resultater (*outcome, red.*) ved behandlingen af den lidelse, hvis man sammenligner med PTSD. Derudover er der oprettet en gruppering af lidelser inden for obsessiv-kompulsiv tilstand. Den nye gruppering baserer sig på evidens, som peger på, at der findes en gruppe lidelser, som deler fælles karakteristika i form af repetitive tanker/optagethed og repetitiv adfærd.

Hvilke diagnoser er fjernet fra ICD-11 – og hvorfor?

CK: En af de vigtigste lidelser, som er blevet fjernet fra listen over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser og neuroudviklingsforstyrrelser er kønsinkongruens (kønsidentitetsforstyrrelse, *red.*). Det skyldes, at selvom personer, der oplever kønsinkongruens, søger hjælp i sundhedsvæsenet (fx til kønsskifteoperation), er det forkert at forstå deres oplevelse som en

Akut belastningsreaktion udgår som psykisk lidelse og kodes i stedet som et sundhedsmæssigt problem.

Aspergers syndrom udgår som begreb – og indgår i stedet i diagnosen Autisme Spektrum Forstyrrelser

Gaming disorder indføres som ny diagnose

Kategorien kønsidentitetsforstyrrelser (*Gender Identity Disorders*) bliver ikke længere defineret som en psykisk lidelse, adfærdsmæssig forstyrrelse eller neuroudviklingsforstyrrelse.

I stedet bruges betegnelsen 'kønsinkongruens' (*Gender Incongruence*) – og det optræder i et nyt kapitel med navnet *Conditions Related to Sexual Health*.

*i Betaversionen
Kilder: ICD-11 Beta Draft, WHO

psykisk eller adfærdsförstyrrelse. Vores arbejdsgruppe har gennemfört undersögelser, der viser, at en stor del af den mistriivsel, som mennesker med kønsinkongruens oplever, skyldes den adfærd, de mødes af hos familie og andre (fx fjendtlighed, afvisning, vold, m.m).

I IDC-11 findes kategorien kønsinkongruens under 'Tilstande relateret til seksuel sundhed' (der findes desuden kategorien 'seksuelle dysfunktioner', red.)

Hvordan har WHO arbejdet med at forbedre ICD-11 sammenlignet med dens forgænger?

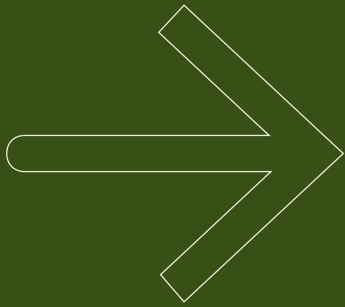
CK: Udviklingen af ICD-11 tager udgangspunkt i videnskabelige undersögelser, baseret på metoder fra psykologi og andre videnskaber. Det har vi gjort for bedst muligt at kunne designe og implementere klassifikationer, så de er så brugbare som muligt for klinikere over hele verden. Målet med denne tilgang har dels været en hurtig og præcis identifikation af mennesker med behov for hjælp og dels at skabe præcise sundhedsstatistikker, som kan bruges som grundlag for politik.

PT: Den gamle ICD-10-manual fulgte i kølvandet på DSM IV-manualen (diagnosemanual udgivet af American Psychiatric Association, red.) med kategorier som fx Paranoid personlighedsstruktur og Skizoid personlighedsstruktur. Disse er blot defineret ud fra en række adfærdssymptomer, men med ICD-11 tvinger vi folk til at gå tilbage og kigge på den påkrævede definition af fx personlighedsforstyrrelser i stedet for blot at kigge på de enkelte adfærdssymptomer.

Har I inddraget klinikere i processen med at udvikle ICD-11?

CK: WHO har designet klassifikationen (ICD-11, red.) således, at de præsenterede informationer i ICD-11 stemmer overens med, hvordan klinikere forstår og tænker psykopatologi. Det har ladet sig gøre ved at gennemföre en række globale undersögelser og forsög blandt psykiatere og psykologer – de såkaldte feltforsög (*field trials*, red.) 15.000 klinikere, primært psykiatere og psykologer, fra flere end 150 lande – hvor man har undersöggt, hvordan

Sådan fungerer ICD-11-manualen



Til hver beskrevet lidelse i ICD-11 inden for kategorierne psykiske lidelser, adfærds- og neuroudviklingsforstyrrelser findes der:

- en kort definition
- en liste med inklusions- og eksklusionskriterier
- en beskrivelse af essentielle (påkrævede) karakteristika (features, *red.*). Altså karakteristika, som en kliniker kan forvente at finde i alle tilfælde af lidelsen.
- en vejledning, der beskriver forskellen mellem lidelsen og relevante 'normale' forhold ('grænsende til normalitet').
- en liste med de lidelser, som bør adskilles fra den beskrevne, og en vejledning til, hvordan man skelner mellem lidelserne (differentialdiagnostik)

- klinisk relevant information om lidelsens typiske forløb
- klinisk væsentlige forhold, som ofte forbindes med lidelsen, som kan kræve deres egen vurdering og behandling
- kulturbetingede karakteristika
- beskrivelse af, hvordan lidelsen kan vise sig forskelligt, afhængigt af individets udviklingsstadiet
 - herunder barndom, voksenalv eller alderdom
- Kønsrelaterede karakteristika

Kilde: *The development of the ICD-11 chapter on mental disorders, (South African Journal of Psychiatry, 2017)*

klinikere forstår sammenhænge mellem forskellige lidelser.

PT: I forbindelse med arbejdet med ICD-11 har WHO inviteret forskere - både psykiatere og psykologer - med til at lave revisionen, så det er et skridt fremad..

Hvordan kommer ændringerne konkret til udtryk i ICD-11 sammenlignet med ICD-10?

CK: Hver lidelse i ICD-11 er defineret med udgangspunkt i væsentlige symptomer, som kan forventes at kunne observeres i hvert enkelt tilfælde af en lidelse. Frem for - som tilfældet er med DSM V - ét sæt kriterier, der baserer sig på krav om tilfældige antal symptomer.

Har I også inddraget patienter i udviklingen af ICD-11?

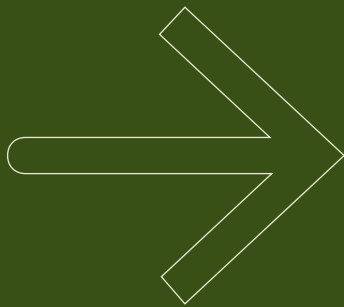
CK: Ja, anden runde af feltundersøgelserne (*field trials, red.*) blev gennemført blandt patienter i 13 lande. Undersøgelserne havde til formål at vurdere, hvor godt klassifikationen præsterede i de rammer, hvor ICD-11 anvendes i praksis. Overordnet set pegede de

indsamlede data på, at ICD-11, når den bruges af klinikere, har en god til fremragende reliabilitet og blev vurderet af klinikere til at have en fremragende klinisk anvendelighed.

Vil vi se færre diagnoser - fx ved vurdering af personlighedsforstyrrelser - nu, hvor WHO er begyndt at arbejde mere i retning af en dimensionel tilgang til diagnoser i ICD-11?

PT: Jeg tror det ikke. I øjeblikket ser vi en faglig uenighed mellem fortalere for hhv. den kategoriske (DSM-tilgangen, *red.*) og dimensionelle tilgang til diagnosticering. Problemet er derudover, at psykiske diagnoser, selv med den dimensionelle tilgang, let kan tages i brug for hurtigt i vurderingen af mennesker. Når vi snakker overdiagnosticering, har vi fortsat lang vej endnu.

Sådan optages en ny lidelse i ICD-manualen



Når WHO inkluderer en lidelse i ICD-manualen, træffes beslutningen efter gennemgang af den eksisterende evidens og afspejler konsensus blandt eksperter fra forskellige videnskabelige discipliner og geografiske regioner, som har været involveret i den tekniske konsultationsproces, som WHO ruller ud under udviklingen af ICD.

ICD-11 bygger med andre ord på ny forskning, der giver ny evidens, feltundersøgelser (clinical trials), omfattende input og kommentarer fra medlemslande, faglige organisationer, især psykologer og psykiatere, verden over, diagnostiske arbejdsgrupper, der dels vurderer litteraturen, og dels anvender "klinisk ekspertise", afprøvning af nye diagnostiske kriterier i de kliniske trials,

både via internetbaserede trials og via kliniske feltstudier i forskellige verdensdele.

Fx følger inklusionen af den nye diagnose *gaming disorder* "en række behandlingsprogrammer, der er udviklet til mennesker med helbreds-tilstande, som er identiske med dem, som i mange dele af verden karakteriserer afhængighed af computerspil".

Peter Tyrer, i 2014 udgav du artiklen 'A Comparison of DSM and ICD Classifications of Mental Disorder', hvor du peger på, at det ikke er muligt at finde biologiske markører eller lignende objektive og uafhængige beviser, som påviser eksistensen af psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. Hvordan forsøger I og WHO at komme uden om det problem i ICD-regi?

PT: Jeg tror, empirisk videnskab er den eneste vej frem. Altså det at vise, at mennesker med forskellige lidelser faktisk får det bedre med den behandling, diagnoserne peger på. At der er fordele ved fx at få en diagnose som personlighedsforstyrrelse. Vi må lade effektdataene tale for sig selv. Fx når vi kan vise, at et bestemt behandlingstilbud er mere effektivt hos folk med diagnosen svær personlighedsforstyrrelse end hos folk med diagnosen let personlighedsforstyrrelse. Men når det er sagt, er det vigtigt at understrege, at ingen biomarkører nogensinde vil kunne forklare en så kompleks lidelse som personlighedsforstyrrelse, fordi den er betinget af alle mulige

faktorer. Derfor mener jeg, vi er nødt til at arbejde med de mest præcise beskrivelser af patienter og mennesker, som vi har til rådighed, og foreløbigt er det diagnoserne.

Hvad er de største fordele ved at bruge psykiske diagnoser?

PT: Udover at vi ad den vej kan tilbyde den mest effektive behandling til patienterne, har diagnoserne også den fordel, at de er med til at afstigmatisere, hvorfor en person har dét eller dét adfærdstræk. Diagnoser afmystificerer adfærd hos mennesker. ●