

DSM 5

- en verklig nyhet

I slutet på 1970-talet, då jag började vikariera som underläkare inom psykiatri, sattes ännu diagnoser utifrån tidiga upplagor av ICD-systemet. Det innebar att diagnosen inte var definierad i själva diagnossystemet utan bara beskrevs med en latinsk beteckning, t.ex. psychosis schizofrenia. Bland erfarna diagnosättare fanns naturligtvis en viss samstämmighet i bedömningarna, men många studier som hade presenterats under 70-talet visade på regionala skillnader i diagnosställningen, som gjorde att det för de flesta diagnoser förelåg en låg interbedömarreliabilitet. Detta medförde i sin tur att det var svårt att jämföra behandlingsstudier från olika forskargrupper eller länder om patienterna var diagnostiserade enbart med ICD-diagnoser eller med något hemmasnickrat diagnosinstrument.

DSM-systemet med sina kriteriebaserade beskrivningar av olika diagnoser upplevdes därför av många som ett stort steg fram mot ökad vetenskaplighet i psykiatri. Självklart fanns redan tidigt kritiska röster, som bl.a. invände att diagnoserna blev ytliga beteendebeskrivningar. Detta var i och för sig ett medvetet val som arbetsgruppen bakom DSM hade gjort. Man ville höja reliabiliteten genom att definiera diagnoserna utifrån observerbara beteenden eller av patienten rapporterade svårigheter. Målsättningen beträffande reliabiliteten uppnåddes för många av diagnoserna i DSM. Kappakoefficienten ligger mellan 0,55 och 0,8 (total överensstämmelse mellan bedömare = 1,0). Men hur är det med validiteten? Eftersom psykiatriska diagnoser i de flesta fall inte är etiologiska utan definieras utifrån symtombilder är det osäkert om man

verkligen mäter det man avser att mäta. Genom att följa den psykiatriska forskningen och ha återkommande revisioner av systemet tänkte man sig att validiteten gradvis skulle stärkas. Den första kliniska versionen av DSM var DSM-III, som presenterades 1980 i USA (Sverige 1985). 1987 kom DSM-III R och DSM IV 1994 och så var det tänkt att rulla på. Men nu skulle också ICD komma med en ny utgåva och man såg då vinsterna med det kriteriebaserade systemet för de psykiatriska diagnoserna. Då ICD-10 presenterades 1994 (svensk översättning 1997) var det psykiatriska diagnoskapitlet inspirerat av DSM, men med vissa skillnader. Den tydligaste är kanske att man i DSM klassificerar personlighetsstörningarna på en särskild bedömningsaxel (axel 2), något man inte gör i ICD. Överhuvudtaget var detta med olika "axlar" något nytt i DSM-systemet och tänkt att ge en diagnostisk helhetsbild.

Då DSM-IV skulle komma med en reviderad upplaga (DSM IV TR) blev det bara smärre ändringar, men nu då DSM 5 ska presenteras, så har man gjort stora förändringar för att tackla problemet kring validiteten. Att det är något nytt avspeglas redan i att sifferbeteckningen nu görs med arabiska siffror istället för romerska. Likaså kommer de olika kapitlen att få nya rubriker och ordningen mellan de olika diagnoserna i varje kapitel blir förändrad. Man strävar efter att ha ett livscykel- och utvecklingsperspektiv och ha en neurobiologisk förankring. För varje kapitel finns en arbetsgrupp som ser över diagnoserna ur dessa perspektiv. Arbetsgruppernas förslag är fortfarande under bearbetning, och den som är intresserad kan ta del av förslagen på

"Målsättningen beträffande reliabiliteten uppnåddes för många av diagnoserna i DSM"

www.dsm5.org Den verkligt genomgripande förändringen görs i kapitlet för personlighetsstörningar.

Personlighetsstörningar (PS) har hittills i DSM (och ICD) diagnostiserats på samma sätt som andra psykiatriska diag-

noser. Det betyder att om patientens symtombild uppfyller ett tillräckligt antal kriterier föreligger diagnosen. Detta sätt att beskriva diagnoser utifrån olika kategorier har kritiserats starkt då det gäller PS. En synpunkt har varit att PS bättre borde beskrivas som avvikelser i olika personlighetsdimensioner. En annan anledning till kritik har varit att de olika kategorierna (diagnoserna) överlappat varandra. Detta har medfört att om en patient diagnostiseras med en PS är sannolikheten mer än 50% att denne också får ytterligare en personlighetsstörningsdiagnos. Förslaget i DSM 5 är en kombination av diagnoskriterier och personlighetsdimensioner. Man resonerar, bl.a. utifrån anknytningsforskningen, att om

extrema personlighetsdrag ställer till problem så påverkar dessa patientens fungerande i två dimensioner. Dels individens förmåga att bilda mentala representationer av sig själv, dels förmågan till representationer av andra. Dessa förmågor mäts med en särskild personlighetsfungerande skala, med operationaliserade skalsteg från 0 till 4 (0 = inga problem; 4 = maximal nedsättning av personlighetsfungerande). Den ena dimensionen för personlighetsfungerande benämns själv och har underrubrikerna identitet och självriktning. Den andra kallas interpersonellt och har underrubrikerna empati och intimitet (se tabell 1: beskrivning av skalsteg 0; översättning av författaren)

<i>SJÄLV</i>	<i>INTERPERSONELLT</i>		
IDENTITET	SJÄLVRIKTNING	EMPATI	INTIMITET
- Stadigvarande upplevelse av ett unikt själv; upprätthåller adekvata gränser.	- Sätter upp och strävar efter möjliga mål baserade på en realistisk bedömning av personliga resurser.	- Förmåga att korrekt förstå andras erfarenheter och motiv i de flesta situationer.	- Upprätthåller många tillfredställande och varaktiga relationer i sitt personliga och sociala liv.
- Sammanhängande och självreglerande positiv självkänsla med korrekt självuppfattning.	- Använder adekvata beteenden och uppnår tillfredställelse inom flera områden.	- Förstår och respekterar andras perspektiv även vid skilda åsikter.	- Eftersträvar och medverkar i ett antal kärleksfulla, nära och ömsesidiga relationer.
- Förmåga att uppleva, tolerera och reglera hela skalan av olika känslor.	- Kan reflektera över och skapa en konstruktiv mening av inre upplevelser.	- Är medveten om effekten för andra av sitt eget agerande.	- Strävar efter samarbete och ömsesidig vinst och reagerar på ett flexibelt sätt på andras idéer, känslor och beteenden.

TABELL 1. PERSONLIGHETSFUNGERANDE; SKALSTEG 0 = INGA PROBLEM

För att överhuvudtaget få ställa diagnosen personlighetsstörning måste patienten skattas med minst en etta i något av dessa områden. Denna bedömning kan ha klinisk relevans bl. a. för att förstå patientens svårigheter i en terapisisituation t.ex. med affekter och med motivation och relationer.

Till skillnad från personlighetsfungerande, som uttrycker en form av process, så är personlighetsdrag bestående egenskaper hos en människa som tar sig uttryck i tankar, beteenden och förhållningssätt till känslor. Personlighetsforskningen beskriver olika dimensioner av egenskaper där extremlägena är ovanliga och ibland uttrycker någon form av patologi. I

förfarbetena till DSM 5 har man beträffande personlighetsdimensioner stannat för Costa & McCraes fem dimensioner (the Big Five): Neuroticism; extraversion; openness to experience; agreeableness; conscientiousness. Dessa namn beskriver den ena polen, oftast den positiva, i en dimension. Med utgångspunkt från Costa & McCraes beteckningar har man namngivit fem dimensioner som sammanhänger med personlighetspatologi. Dessa dimensioner namnges nu utifrån personlighetsdimensionens negativa pol. Rationalen för detta är att det är den negativa polen som oftast utgör ett problem för individen. Se tabell 2

Costa & McCrae	Motsvarar i DSM 5
Neuroticism	Negative affectivity
Extraversion	Detachment
Agreeableness	Antagonism
Conscientiousness	Disinhibition
Openness to experience	Psychoticism

TABELL 2. PERSONLIGHETSDIMENSIONER

I personlighetsforskningen har dimensionen openness to experience inte kunnat sammankopplas med någon personlighetspatologi, så här lade DSM 5-gruppen istället in dimensionen psychoticism. Personlighetsdragen i varje dimension kallas facetter. Det finns sammanlagt 25 facetter (se tabell 3). I DSM IV beskrivs PS med olika kriterier. Sammanlagt finns

det 79 kriterier för PS i DSM IV. De 25 facetterna i DSM 5 utgör en kondensering av dessa 79 kriterier. Personlighetsdimensionerna och facetterna skattas 0-3 (0 = inte alls eller mycket litet beskrivande; 3 = beskriver fullständigt) Varje facett beskrivs med operationaliserade kriterier, som alltså utgör en förtätning av de kriterier som beskriver PS i

DIMENSION	FACETTER
Negative affectivity: Experiences negative emotions frequently and intensely	Emotional lability, anxiousness, separation insecurity, perseveration, submissiveness, hostility, depressivity, suspiciousness, (lack of) restricted affectivity
Detachment: Withdrawal from other people and from social interactions	Restricted affectivity, depressivity, suspiciousness, withdrawal, anhedonia, intimacy avoidance
Antagonism: Engaging in behaviors that put the person at odds with other people	Manipulativeness, deceitfulness, grandiosity, attention seeking, callousness, hostility
Disinhibition: Engaging in behaviors on impulse, without reflecting on potential future consequences Note: Compulsivity is the opposite of disinhibition and should be recorded at the facet level as rigid perfectionism in the absence of other disinhibition facets	Irresponsibility, impulsivity, distractibility, risk taking, (lack of) rigid perfectionism
Psychoticism: Unusual and bizzare experiences	Unusal beliefs and experiences, eccentricity, cognitive and perceptual dysregulation

TABELL 3. DIMENSIONER OCH FACETTER

DSM IV. Då man gör en personlighetsbeskrivning i DSM 5 kan man göra den antingen mer översiktlig genom att bara ange den eller de dimensioner som bäst beskriver patienten, eller så kan man vara mer detaljerad och ange varje facett som i olika grad överensstämmer med patientens sätt att vara.

DSM 5- gruppen föreslår vidare att de specifika PS-diagnoserna Paranoid, Schizoid, Histrionisk och Osjälvständig inte längre ska användas. Inte heller PS UNS ska längre användas. Däremot föreslår man att Schizotypal, Antisocial, Borderline, Narcissistisk, Undvikande och Tvångsmässig fortfarande används som diagnosbeteckningar. För att dessa diagnoser skall vara uppfyllda krävs att patienten skattas med minst 1 avseende nedsatt personlighetsfungerande enligt skalan för personlighetsfungerande. Vidare är det för dessa diagnoser tydligt definierat vilka dimensioner och facetter, som skall beskriva patientens personlighetsdrag. Man föreslår införandet av en ny beteckning, Personality Disorder Trait Specified (PDTS). Med denna beteckning avses att beskriva personer med ett nedsatt personlighetsfungerande (enligt skala), samt med något eller några avvikande personlighetsdrag, som överensstämmer med någon eller några facetter i skalan i tabell 3. Detta innebär dels att den som tidigare fick diagnosen PS UNS, nu beskrivs på ett tydligare sätt beträffande svårigheter och avvikande personlighetsdrag, vilket underlättar valet av behandling. Dels utökas möjligheten att ge en meningsfull beskrivning av personer med isolerade avvikelser i sin personlighet, men som inte uppfyller någon PS diagnos fullt ut.

Enligt förslaget från DSM-gruppen går alltså diagnosticering

av PS till på följande sätt:

1. Föreligger nedsättning av personlighetsfungerande (i förhållande till själv eller andra)?
2. Om så, skatta graden av nedsättning med hjälp av personlighetsfungerandeskalan.
3. Uppfyller patienten kriterierna (= specifika facetter inom vissa dimensioner) för någon av de definierade PS?
4. Om så, ange vilken och graden av överensstämmelse med dimensioner och facetter.
5. Om inte, föreligger en PDTS?
6. Om så, ange PDTS och lista inom vilken(a) dimension(er) patientens drag föreligger och bedöm graden av svårighet.
7. Om en PS föreligger och en fullständig personlighetsbedömning är önskvärd för konceptualisering och behandling gör en skattning av patientens överensstämmelse med de olika personlighetsfacetterna.
8. Även om varken en PS eller PDTS föreligger kan man göra en skattning av personlighetsdimensioner och facetter om detta gagnar konceptualisering och behandling.

Behandling av PS ett utmanande och nödvändigt forskningsfält för psykiatrin. Jag tror att detta nya anslag till PS-diagnostik som DSM 5 gruppen för fram kommer att få betydelsefulla och positiva effekter för behandlingsforskningen.

*Text: Carl Gyllenhammar
Ljusterö 2012-02-14
carl.gyllenhammar@telia.com*