

ICD-11, Kapitel 6: Psykiske-, adfærdsmæssige lidelser og neuroudviklingsforstyrrelser. Videnskabeligt grundlag samt retningslinjer

Af psykolog Irene Christiansen. Ansat i Psykiatrisk Center Nordsjælland, Frederikssund, de særlige sengepladser.

[Faglig forfatteranmærkning]

I denne artikel bruges store dele af ICD-11's engelske terminologi.

Årsagen er, at der endnu ikke foreligger en komplet oversættelse til dansk af de mange begreber i ICD-11. Oversættelsesarbejdet kommer til at foregå i den dertil skolede danske forlagsverden, hvor fagkonsulenter vil blive inddraget til netop deres specifikke 'diagnoseområder'. Disse fagkonsulenter vil give deres kvalificerede besyv med, hvad diagnoserne og symptomerne fremover præcist skal hedde.

Indtil dette omfattende oversættelsesarbejde er gennemført, kan det være en fordel at holde sig til originalbegreberne på engelsk for at undgå begrebslig forvirring – nu og på sigt.

Dansk Psykolog Forening har i indeværende år markeret sig i debatten om psykologers rolle i forhold til at diagnosticere. I *Fagmagasinet P* skal vi ikke længere tilbage end til maj for at se, at der har været bragt en oversigtsartikel om den kommende udgave af ICD, benævnt ICD-11 (jf. nr. 5, 2018).

Som repræsentant for (og naturligvis del af) Dansk Psykolog Forening har Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer (DPSP) i flere henseender været en central dansk aktør i forhold til ICD-11 – ikke mindst ved at invitere til et internationalt 2-dages seminar i København i starten af oktober 2018. De indbudte foredragsholdere var Professor Geoffrey Reed, *Senior Project Officer* i WHO, og Professor Cary Kogan, University of Ottawa samt fungerende konsulent i forhold til ICD-11. Arrangementet rummede omkring 200 psykologer, ca. 20 psykiatere samt repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen samt Arbejdstilsynet.

Dansk Psykolog Forening indtager den holdning, ved seminaret repræsenteret ved næstformand Merete Strømning, at psykologer både udreder og stiller diagnoser, når vi arbejder klinisk, og at det er tilladt for psykologer at diagnosticere, når blot vi har kompetencerne hertil. Formand for DPSP Klaus Pedersen støttede næstformanden heri ved at nævne, at psykologer og psykiatere er 'på linje' i deres kompetencer i forhold til at diagnosticere.

Divergerende faglige opfattelser af, hvad der skal til for at stille diagnoser, og i det hele taget diagnosernes indhold, kan let føre til uenighed. En god tone blev heldigvis holdt i dette ganske særlige læringsrum med rigtig mange deltagere 'på skolebænken'. Alle forholdt sig til revisionen af ICD-systemet via foredragsholdernes oplæg og forklaringer, deres medbragte oversigter samt uddelte vignetter/cases, som deltagerne ved mindre gruppeborde kunne øve sig på at finde de rigtige diagnoser til.

Hvad karakteriserer ICD-11, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (CDDG)?

Det enorme samarbejde om ICD er forankret i WHO. ICD (*International Classification of Diseases*) udgør overordnet set en ramme for helbredsinformation og afrapportering. ICD kan karakteriseres som et mangeårigt, internationalt, tværorganisatorisk samarbejde omkring et produkt, aktuelt ICD-11, *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* – for nemheds skyld herefter benævnt ICD-11. Det følgende handler udelukkende om kapitel 6.

ICD-11 har til formål at støtte klassifikation og standardisering af diagnosticering. Der har været mange faser i tilblivelsen af ICD-11, herunder forskning, feltstudier, review, supplerende materiale m.m. Der er tillige flere forskellige versioner af ICD-11, såsom den statistiske version og den såkaldte *primary care* version, som kan anvendes bredt i forhold til behandling. En version til forskning vil blive udviklet senere.

Hensigten med ICD-11 er at optimere patienters adgang til adækvat behandling og give professionelle et bedre redskab end ICD-10 til at tilbyde effektiv behandling. Det er ikke alene psykologer og psykiatere, der forventes at anvende ICD-11. Også andre faggrupper kan orientere sig heri. ICD-11 har siden juni 2018 været igennem en kommenteringsfase og forventes godkendt i maj 2019 af *World Health Assembly* med henblik på udgivelse så hurtigt som muligt derefter. Man er tæt på det færdige produkt, idet der lige nu blot foretages mindre ændringer. Det er muligt at bruge retningslinjerne (*guidelines*) inden offentliggørelsen, hvilket også gælder i Danmark. Det vil tage nogle år at få ICD-11 offentliggjort, oversat og implementeret lokalt, og der vil fortsat være kulturbestemte og kønsbestemte faktorer at forholde sig til.

Ideen om et hierarki af diagnoser har man forladt i ICD-11. En ny kodningsstruktur betyder konkret, at ICD-11 åbner for mere. Der er tale om en flad og mere klinisk-intuitiv struktur, hvilket er i overensstemmelse med resultater fra feltstudierne. Den væsentligste diagnostiske information forventes at komme i forgrunden frem for detaljer.

I ICD-11 benyttes der ved hver diagnose retningslinjer (*guidelines*) i stedet for de ICD-10'ske kriterier. Formålet med denne iøjnefaldende ændring er, at retningslinjer i højere grad forventes at kunne støtte klinikere i at stille en given diagnose. De essentielle træk (*essential features*, se nedenfor) minder ganske vist lidt om de tidligere diagnostiske kriterier, men adskiller sig ved, at der tages afstand fra mere eller mindre upræcise krav, såsom optælling af symptomer og symptomernes varighed. Alt i alt, der burde med retningslinjerne blive tale om en højere grad af fleksibilitet for klinikerne. Som et tankevækkende eksempel på forskellen imellem at anvende retningslinjer og kriterier kan der henvises til Galatzer-Levy & Bryants artikel (2013) om 636.120 måder at have PTSD på, hvis der anvendes kriterier (som i DSM) i stedet for de nye retningslinjer, som lægger op til et enkelt og overskueligt symptombillede.

Til hver beskrevet lidelse i ICD-11 inden for kategorierne psykiske -, adfærdsmæssige lidelser og neuroudviklingsforstyrrelser (kapitel 6) findes der

- en kort definition af en given lidelse;
- en beskrivelse af essentielle (påkrævede) træk (*essential features*);
- en beskrivelse af grænsefladen (*boundary sections*) til hhv. normalitet og andre lidelser, (så fx omfanget af falsk-positive forekomster af diagnosen minimeres);
- differentialdiagnostisk vejledning (*additional features*). Klinisk kan der være tale om vigtige faktorer, men ikke nødvendigvis i forhold til en given diagnose. At identificere variationer er som bekendt nyttigt i forhold til differentialdiagnosticering;

- klinisk informeret beskrivelse af lidelsens typiske forløb (*course features*), fx lidelsens typiske *onset*, vedvarende eller episodisk, varighed etc.;
- beskrivelse af lidelsens forskellige udtryk alt efter udviklingsstadiet;
- kulturrelaterede karakteristika (*culturalrelated features*), som kan give anledning til kulturovervejelser i forhold til diagnosticering;
- kønsrelaterede karakteristika (*genderrelated features*);
- samt forhold af betydning for assessment.

Omtrent 15.000 klinikere har været/er tilknyttet *Global Clinical Practice Network* (jf. www.GCP.network). Deltagerne ved seminaret i København blev opfordret til at tilslutte sig netværket. Invitationen hertil gælder alle danske psykologer. I feltstudieindsatsen har alle WHO's globale regioner været repræsenteret, inklusive lav- og middelindkomst lande. Alle ICD-11 studier er tværfaglige. Bestræbelsen på at skabe en høj grad af validitet og reliabilitet i forhold til samtlige diagnoser er en af de mest grundlæggende idealer for ICD-11; heraf den omfattende forskning i at forsøge at forbedre klinikeres mulighed for at stille den samme diagnose over for den enkelte patient. Det noteres, at Europa med 39% af samtlige netværksdeltagere er repræsenteret stærkt. Til sammenligning er der 13% fra Nordamerika, 24% fra Asien, 10% fra Sydamerika, 3% fra Afrika samt få procent til sammen fra de resterende egne. Læger er i højere grad repræsenteret i netværket end psykologer (54% medicinere i forhold til 30% psykologer).

ICD-11s metastruktur

De af kapitel 6's delkapitler, der blev gennemgået ved seminaret, fremgår af de fremhævede overskrifter nedenfor. De udgør ICD-11s metastruktur i kapitlet.

Neurodevelopmental disorders

Overskriften dækker over tidligere delkapitler i ICD-10, herunder F70-79, F80-89 og visse fra F90-98. Generelt har der været tale om et stort oprydningsarbejde med flere omrokeringer, så læseren bedes i det følgende afsnit, (som måske er artiklens allermest opremsende af slagsen!), holde tungen lige i munden:

ICD-11s deloverskrift *Disorders of Intellectual Development* erstatter den tidligere ICD-10s deloverskrift *Mental retardation* (F70-79 i ICD-10). ICD-11s deloverskrift *Autism Spectrum Disorder* erstatter *Pervasive developmental disorders, including childhood autism* (i ICD-10 under F84); bemærk at *Rett's syndrome* er indsat i delkapitlet om *Developmental Anomalies*. Derudover har ICD-11 fået nye deloverskrifter, hhv. *Developmental Speech or Language Disorders* (erstatter ICD-10s F80 *Specific developmental disorders of speech and language*), *Developmental Learning Disorder* (erstatter ICD-10s F81 *Specific Developmental disorders of scholastic skills*) og *Developmental Motor Coordination Disorder* (erstatter ICD-10s F82 *Specific Developmental disorder of motor function*). Sidst skal nævnes *Primary Tics or Tic Disorder* (erstatter ICD-10s F95 *Tic Disorder*). Jf. tillige lidelser i nervesystemet samt krydshenvisningen til indeværende delkapitel *Neurodevelopmental Disorders*, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (erstatter ICD-10s F90 *Hyperkinetic disorder*). *Stereotyped Movement disorder* fremtræder uændret, bortset fra at den i ICD-11 betegnes i singularis.

Hvad *disorders of intellectual development* angår, er essentielle træk a. signifikante begrænsninger i den intellektuelle funktion, b. signifikante begrænsninger i evnen til adfærdsmæssig tilpasning samt c. at disse

forhold ses i barnets udviklingsperiode, dvs. tidlig barndom, barndom, ungdom. I ICD-11 beholdes fire sværhedsgrader, nemlig *mild, moderate, profound* og *severe*, som tildeles i forhold til dels den målte IQ, dels det adfærdsmæssige funktionsniveau – ved *profound* og *severe* dog kun i forhold til det adfærdsmæssige funktionsniveau.

Det forventes at blive en fordel, at man fx klassificerer hhv. *disorders of Intellectual Development* og *Autism Spectrum Disorder* i ét delkapitel, (nemlig under delkapitlet *Neurodevelopmental disorders*), da disse lidelser således kan dele den systematik, der er præsenteret i *Behavioural Indicators Tables*, til vurdering af lidelsernes sværhedsgrad

Alt i alt: ICD-11 forenkler de hidtidige opdelinger ved at samordne lidelserne, der både starter i barndommen og har et neurobiologisk grundlag. Der er ikke alene fokus på deficit, men også på ressourcer, jf. den adfærdsmæssige tilpasningsevne. Ændringerne i ICD-11 skulle gøre det nemmere at differentiere imellem de mange lidelser samt vurdere, hvis to eller flere heraf optræder samtidigt hos patienten. ICD-11 klassificerer ADHD som en *neurodevelopmental disorder* frem for som en *Disruptive Behaviour Disorder* (jf. ICD-10). Hensigten hermed er at undgå stigmatisering samt anerkende det til tider oversete forhold, at 'forstyrrende adfærd', fx hos piger, snarere kan komme til udtryk som påfaldende uopmærksomhed.

Schizophrenia and Other Primary Psychotic Disorders

Overskriften erstatter den tidligere ICD-10s overskrift *Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders*. ICD-10 termen '*nonorganic*' *psychotic disorders* er blevet ændret, så man undgår at antyde, at lidelser af denne type ikke også skulle være hjernelidelser (*brain-based*). *Acute and transient psychotic disorder* samt *delusional disorder* er blevet omfattende forenklet.

For at få stillet diagnosen skizofreni kræves to ud af syv symptomer, hvoraf mindst ét skal omfatte vrangforestillinger, hallucinationer eller tankeforstyrrelser (disorganized thinking), eller styringsoplevelse, passivitet, (oplevelse af) kontrol. Krav til varighed er én måned. Hvis dette tidskriterie ikke opfyldes, tyes der til *other primary psychotic disorder*.

Et system, bestående af såkaldte *qualifier ratings* (løst oversat: faktorer, der medvirker til diagnosen), erstatter tidligere subtyper. Hvert enkelt af følgende seks domæner rates individuelt: 1. Positive symptomer, 2. negative symptomer, affektive symptomer (3. depressive, 4. maniske), 5. psykomotoriske symptomer samt 6. kognitive symptomer.

Skizoaffektiv lidelse skal opfylde kravene både til skizofreni og en affektiv lidelse (enten depression, mani eller en blanding heraf), og symptomerne skal have varet ved i minimum én måned. Denne lidelse er typisk ikke af livslang karakter, og den anvendes kun i forhold til en given aktuel sygdomsperiode.

Under *acute and transient psychotic disorder* ses alle ICD-10s subtyper udeladt. Et pludseligt onset samt en intens og relativt kort varighed af lidelsen (dvs. ikke længere end tre måneder) accentueres fortsat i ICD-11. At få stillet diagnosen *acute and transient psychotic disorder* er mindre stigmatiserende end fx diagnosen skizofreni. Omvendt er det vigtigt med tidlig og hurtig opsporing af skizofreni af hensyn til en given patients prognose.

Skizotypi ses, når lidelsen *ikke* er af en sådan beskaffenhed, at den opfylder kravene til anden psykotisk lidelse. Symptomer skal være til stede, enten vedvarende eller episodisk, i mindst to år.

Affektive lidelser (*mood disorders*)

Affektive lidelser (*mood disorders*) omfatter depressive lidelser, maniske, hypomane samt blandingsformer. Den depressive (enkelt)episode er en af de få forekomster i ICD-11, der bevarer præcise krav til symptomer (mindst fem heraf) samt krav til varighed (mindst to uger). Nedtrykthed, håbløshed, manglende interesse og ditto evne til nydelse er velkendte symptomer blandt depressive patienter. Hertil kommer symptomer, som organiseres i undergrupper af hhv. kognitiv-adfærdsmæssige symptomer og *neuro-vegetative* symptomer.

Almindelig sorgreaktioner kan ikke udløse diagnosen *depressive episode diagnosis*. Omvendt kan *depressive episode* forekomme under sorg, såfremt der er tale om en række vedvarende symptomer, herunder ekstrem overbevisning om eget mindreværd, skyldfølelse (som ikke kan relateres til den mistede person), tilstedeværelse af psykotiske symptomer, *suicidal ideation* og nedsat psykomotorik.

Manisk og hypoman (enkelt)episode fordrer i ICD-11, at øget energi eller en subjektiv oplevelse heraf skal ledsage humørsvingningen. I forhold til det hypomane billede vil dette ikke kræve hospitalisering.

Bipolar lidelse opdeles i type 1 og 2. Type 1 kræver som minimum én manisk eller blandet episode. I sammenligning hermed, kræver type 2 som minimum én hypoman episode og mindst én depressiv episode. Det bemærkes, at en enkelt hypoman episode uden tidligere forekomst af humørsvingninger (*mood episodes*) ikke længere er en diagnosticerbar lidelse.

Rapid cycling dækker over en høj frekvens af humørsvingninger (mindst fire over de seneste tolv måneder). *Cyclothymic disorder* er karakteriseret ved en kronisk humørmæssig ustabilitet, som både omfatter hypomane perioder og depressive symptomer, men som ikke lever op til kravene for *depressive episode*.

Obsessive-compulsive and related disorders (forkortet OCRD)

Overskriften erstatter den tidligere ICD-10s overskrift *Neurotic, stress-related and somatoform disorders*. I diagnosen OCD udelades alle subtyper i ICD-11. I ICD-10 fungerede det tillige således, at depressive lidelser vægtedes tungere end OCD; denne hierarkiske regel er ophævet i ICD-11.

Lidelsen *Body Dysmorphic Disorder* (BDD) er blevet en diagnostisk kategori i sin egen ret i erkendelse af dens særlige fænomenologi, som går ud på at være overoptaget af en kropslig 'fejl' (eng. *bodily flaw*) eller generel grimhed på en overdreven selvbevidst måde. *Olfactory Reference Disorder* er en nyligt introduceret diagnose, som hovedsagelig har sin oprindelse fra det japanske kulturområde. Et centralt træk ved denne lidelse drejer sig om en vedvarende overoptagethed af dårlig kropslugt eller -ånde og en overdreven selvbevidsthed herom.

ICD-10s *hypochondrical disorder* ændrer i ICD-11 navn til *hypochondriasis*. *Hoarding disorder* er nyligt optaget i ICD-11 med dens karakteristiske fænomenologi, som kort sagt handler om at samle på ejendele i ekstrem grad, herunder have udtalte vanskeligheder med at skille sig af med dem igen.

Body-Focused Repetitive Behaviour Disorders er en ny underkategori i ICD-11, som inkluderer *trichotillomania* (at trække hår ud; tidligere sås den i ICD-10 under *Habit and impulse disorders*) og *excoriation* (at pille i huden). *Tourettes syndrome* er en tics-lidelse, som i ICD-11 klassificeres under lidelser i nervesystemet og samtidig krydshenvises til OCRD.

Anxiety and fear-related disorders

Overskriften erstatter den tidligere ICD-10s overskrift *Phobic anxiety and other anxiety disorders*. I ICD-11 er alle angstlidelser bragt ind under dette delkapitels overskrift. I ICD-10 var en del af disse klassificeret under neurotiske, stress-relaterede og somatoforme lidelser (*Neurotic, Stress-related, and Somatoform Disorders*). I ICD-11 er tillige udeladt en skelnen imellem fobiske angstlidelser (phobic anxiety disorders) og andre angstlidelser (other anxiety disorders).

Det bemærkes, at blandet angst- og affektiv lidelse (*mixed anxiety and depressive disorder*) er flyttet ind under delkapitlet *Mood disorders*. Selective mutisme er til gengæld flyttet ind under ovenstående delkapitel (dvs. væk fra ICD-10s *Disorders of Social Functioning with Onset Specific to Childhood and Adolescence*).

Det bemærkes, at angstsymptomer *per se* er lig med stress (*distress*). I ICD-11 skelnes der imellem disse lidelser ved at afdække genstanden/fænomenet for patientens opmærksomhed (*focus of apprehension*), dvs. den stimulus eller situation, som trigger frygt eller angst. Essentielle træk er dermed

- opmærksomhedens genstand(e)
- karakteristisk adfærd (undgåelse)
- forventet varighed af symptomer
- udelukkelse af andre helbredsmaessige tilstande
- stress (*distress*) og funktionstab skal være til stede.

Der gør sig specifikke forhold gældende ved hhv. generaliseret angst (GAD), *panic disorder*, agorafobi, specifik fobi, socialangst, *separation anxiety disorder* samt selektiv mutisme, som det vil blive for omfattende at gøre rede for her. Læsere henvises til andre informationskilder.

Disorders specifically associated with stress

Overskriften erstatter den tidligere ICD-10s overskrift *Reactions to Severe Stress and Adjustment Disorders*. Inden for denne kategori er der indført to nye lidelser, hhv. *complex post-traumatic stress disorder*, som i store træk svarer til PTSD, men yderligere omfatter personlighedsændring efter svær belastning (hændelse) af katastrofekaraktter, samt *prolonged grief disorder*. I ICD-11 anses *acute stress disorder* (ASD) som en normal, men alvorlig reaktion på en kritisk hændelse af en vis størrelsesorden. ASD nævnes dog fortsat i ICD-11, så ramte kan blive berettigede til at få adækvat psykisk førstehjælp.

I ICD-11 afgrænses de væsentligste træk for PTSD, hvorefter det skulle blive mere enkelt at identificere PTSD. I ICD-11 er der et mere restriktivt krav om, at der skal være en 'her og nu' genoplevelse af traumet, inklusive flashbacks. Det er ikke tilstrækkeligt, at der blot er tale om at ruminere over hændelsen eller huske ubehagelige følelser. Derudover skal der være en undgåelse af det, der minder om traumet, hypervigilant samt en betragtelig grad af funktionstab. Ligesom i ICD-10 gør kravet til hændelsens beskaffenhed ('*event of an extremely threatening or horrific nature*') sig fortsat gældende, dvs. traumekriteriet opretholdes.

Complex PTSD handler om udsættelse for en hel række af voldsomme hændelser (fx tilbagevendende seksuelle overgreb) og inkluderer problemer med affektregulering, forvrænget selvopfattelse samt skam-, skyldfølelser og problemer med at opretholde relationer til andre mennesker. Ved denne lidelse observeres der endvidere et omfattende funktionstab. Der skal ikke nødvendigvis have været tale om barndomstraumer for at aktivere diagnosen.

Prolonged grief disorder er, som nævnt ovenfor, en ny diagnose. Hos mennesker med denne diagnose registreres der ingen tilpasningsevne og ingen vækst efter et tab, men til gengæld ses der kulturelt og socialt et atypisk savn efter den mistede person. *Prolonged grief disorder* kræver fx anden intervention end ved depression. Denne nye diagnose giver anledning til uenighed, hvor dens modstandere forfægter synspunktet, at sorg, også den langvarige af slagsen, er en naturlig del af tilværelsen. En ud af flere mulige slagsider ved at diagnosticere er tiltagende medikalisering, lyder et af argumenterne. WHO står fast på, at diagnosen kræver en betragtelig og intens emotionel smerte for at blive stillet, men anerkender relevansen af debatten.

Alle subtyper i ICD-10 for *adjustment disorders* er udgået i ICD-11. *Adjustment disorders* kræver en overdreven beskæftigelse med stressor. Den manglende evne til tilpasning forårsager funktionstab, samtidig med at det kan udelukkes, at der er tale om anden psykisk lidelse. Diagnosen kan ophæves inden for 6 måneder, så snart det, der belaster, er ophørt samt de deraf følgende konsekvenser.

Personality disorders and related traits

Overskriften erstatter den tidligere ICD-10s overskrift *Specific personality disorders*. De væsentligste ændringer i dette delkapitel skyldes mange tidligere problemer i ICD-10. Fx har mange patienter førhen levet op til flere af personlighedsforstyrrelserne (*subtypes*) samtidig, og udvalgte kliniske beskrivelser har muligvis ikke været tilstrækkeligt nuancerede. Dertil kommer det useriøse, at personlighedsforstyrrelsesdiagnoserne groft sagt kan have været brugt til at patologisere svære patienter!

I ICD-11 er der gået praktisk til værks, idet alle subtyper er blevet udeladt. I stedet fremhæves sværhedsgraden af en given forekomst af lidelsen som enten mild, moderat, svær eller uspecificeret. Ligesom i The Big Five inden for eksempelvis sundhedspsykologi, fremhæves fem specifikke personlighedstræk (*trait domain qualifiers*), nemlig *negative affectivity*, *detachment*, *dissociality*, *disinhibition* og *anankastia*. Sidstnævnte træk viser sig hos mennesker med et meget snævert fokus på perfektion og rigide standarder, en forvrænget retfærdighedsfølelse og overdrevne forsøg på at kontrollere både sig selv og andre ud fra ovennævnte rigide standarder.

Fremgangsmåden ved diagnosticering er, meget overordnet formuleret, først at finde ud af, om der er en personlighedsforstyrrelse, og derefter afdække, hvilken sværhedsgrad der er tale om. Det bemærkes, at personlighedsproblemer (*personlity difficulty*) ikke anses som en psykisk lidelse i ICD-11. Intentionen med en mere forenklet tilgang til disse lidelser er bl.a. at øge den kliniske anvendelighed, også for ikke-specialister. Desuden ønsker man bedre at kunne vurdere behovet for enten enkel eller udvidet behandling samt kunne følge personlighedsændringer over tid. Der manes til forsigtighed med at give præpubertetsbørn personlighedsforstyrrelsesdiagnoser, da disse lidelser typisk først vil vise sig i teenageårene.

Det har været udfordrende at skabe en model, der betoner de dimensionale aspekter, dvs. spørgsmålet om sværhedsgrad af lidelserne, og som samtidig kræver en kategorisk stillingtagen til, hvornår et menneske hhv. kvalificerer eller ikke kvalificerer til en given diagnose (ud fra et statistisk beregnet og dermed 'kunstigt' cut-off punkt). Forsøg på at udvikle en sådan model er forgået simultant i DSM-systemet, og der er/har været et overlap af mennesker, der arbejder hermed. Tænkningen i dimensioner, som modellen i ICD-11 bygger på, har givet anledning til megen konflikt, og flere professionelle har af denne grund valgt at forlade komitearbejdet undervejs.

Feeding and eating disorders

Overskriften erstatter den tidligere ICD-10s overskrift *Eating disorders*. Førstnævnte (*feeding disorders*) omfatter lidelser, hvor patienten enten indtager ikke-spiselig substans(er) eller intentionelt kaster op. Sidstnævnte (*eating disorders*) omfatter lidelser, hvor der i varierende grad kan observeres abnorm spiseadfærd, overoptagethed af mad, kropsvægt og -form. Den valgte skelnen bygger på evidensbetragtninger og har bl.a. til formål at forebygge de mange 'uspecificerede' forekomster, som har været resultatet af kodning via ICD-10.

De psykologer, der arbejder med lidelser inden for dette afsnit i ICD-11, bør eksempelvis være opmærksomme på, at der for anoreksi er blevet flyttet på BMI-tærsklen, som i ICD-11 nu lyder på et BMI<18,5. Desuden skal der have været mindst ét år med normalvægt, før diagnosen atter kan ophæves. Det bemærkes, at anoreksi fortsat er forbundet med en alarmerende høj grad af dødelighed set i forhold til psykiatriske diagnoser i øvrigt.

Binge-eating disorder er en ny kategori i ICD-11 og omfatter ikke den samme kompensatoriske adfærd som ved bulimi. Lidelsen forbindes ofte med vægtforøgelse, men dette er ikke et krav. Ej heller er overoptagethed af kropsvægt og -form et krav. Yderligere lidelser er fx *Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder*, *Pica* og *Rumination-Regurgitation Disorder*. Lidelser inden for hele dette delkapitel om *feeding and eating disorders* grænser op til bl.a. fobi, angstlidelser og med skizofreni samt primær psykotisk lidelse. Fordragsholderen mindede om, at visse patienters fokus på krop og tyndhed snarere er blevet afløst af et generelt tidstypisk og kulturrelateret fokus på fitness.

Disorders due to substance abuse

Overskriften erstatter den tidligere ICD-10s overskrift *Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use*. Ligesom i ICD-10 forventes det af klinikeren, at han eller hun først skal identificere, hvilken form for rusmiddel der er tale om. *Single episode of harmful substance use*, *harmful pattern of substance use* og *substance dependence* udelukker gensidigt hinanden. Tilfælde med forgiftning (*substance intoxication*) eller abstinenssymptomer (*substance withdrawal*) kan ydermere give anledning til behandling.

En af de mulige gevinster i ICD-11 er, at det nu er muligt at registrere en enkeltstående episode af skadeligt forbrug. Den samfundsmæssige sygdomsbyrde er meget høj inden for *Disorders due to substance use*, også når det omhandler mindre grelt misbrug. Forskning viser, at tidlig intervention ved enkeltepisoder er effektiv i forebyggelsesøjemed. Det er tillige socialt sympatisk, at ICD-11 medtager dét perspektiv, at *harm to health* ikke alene omfatter personen med et skadeligt forbrug, men også andre menneskers helbred i denne persons omgivelser/nærhed. Foredragsholderne var dog ikke helt enige om, hvorvidt dette

indbefatter gravide kvinder med et misbrug, der endnu ikke er klar over, at de venter barn. Grænsen synes at være deromkring.

Det noteres som en mere teknisk facet, at de forskellige stoffer klassificeres en smule forskelligt i hhv. ICD-10 og -11. Cannabis splittes fx i ICD-11 op i to kategorier, nemlig 'almindelig' cannabis og syntetisk cannabis. Det, der blev kaldt *sedatives* eller *hypnotics* i ICD-10, benævnes nu *opioids*. *Sedatives*, *hypnotics* og *anxiolytics* betegner nu dét, der i ICD-10 gik under fællesbetegnelsen *cocaine*. Og således er der flere ændringer at observere, herunder at koffein har fået sin egen plads og ikke længere klassificeres bredt under *other stimulants*.

Gambling disorder & gaming disorder

ICD-11 bygger videre på ICD-10s koncept om, at *gambling* udløser en diagnose, når denne adfærd er vedvarende samt gennemgribende på trods af alvorlige sociale konsekvenser. Den udvidede definition i ICD-11 anerkender dog ligheder i forhold til *disorders of substance use*. *Gaming disorder* er konceptuelt identisk med *gambling disorder* og omfatter kontroltab, prioritering af adfærden i forhold til andre aktiviteter og en fortsættelse/eskalering af *gaming* trods negative konsekvenser. Ligesom *gambling* kan *gaming* finde sted online og/eller offline.

Øvrige lidelser

Den opmærksomme læser vil i ovenstående opsummering efterlyse mange lidelser, der ikke er blevet nævnt. Foredragsholderne tilstod selv en række mangler, hvilket alene skyldtes begrænsninger i tid: Seminaret kunne for så vidt sagtens have strakt sig over 4 dage i stedet for 2!

I flæng, hvad angår de udeladte diagnoser ved seminaret, nævnte foredragsholderne dissociative lidelser, fx *partial dissociative identity disorder*; ICD-11s *disorders of bodily distress*, fx *body integrity dysphoria* (som drejer sig om lyst til at blive amputeret, skåret op eller blive fysisk handicappet); *impulse control disorder*; *intermittant explosive disorder*; *oppositional defiant disorder*; *paraphilic disorders* (som kredser om seksualforbrydelser); *factitious disorder* (såsom Münchhausen). I andre kapitler i ICD-11 er der, af relevans for psykologer, eksempelvis *sleep-wake disorders*; *conditions related to sexual health*. Bemærk, at der her ikke tales om lidelser, men om *conditions*, som fx *gender incongruence*; demens/Alzheimer (lidelser i nervesystemet). Et cetera.

Afsluttende bemærkninger

I ICD-11 er der stadigvæk enkelte forekomster af ICD-10s kriterier, fx ved skizofreni og depression. Og der er en masse løse ender i øvrigt – ikke mindst selve implementeringen af ICD-11. I Danmark har Sundhedsstyrelsen annonceret, at denne skulle finde sted i 2020, men dette er blevet trukket tilbage. Lige nu regner man med, at der internationalt lukkes for kommentarer pr. 1. januar 2022. Det vil som nævnt også tage tid at oversætte ICD-11 til dansk. Endvidere kan de professionelle brugere af Sundhedsplatformen allerede nu tage sig til hovedet over, hvordan det dog skal gå med integreringen af ICD-11 i det i forvejen yderst træge journal- og dataregistreringssystem. Under alle omstændigheder: Psykologer anbefales i så god tid som muligt at researche i ICD-11s indhold inden for deres eget område, om muligt deltage i kurser eller undervisning heri, for på den måde at være godt rustet til ændringerne.

ICD-11 burde kunne forenes med tankegangen om social rehabilitering, herunder at diagnoser kan ændres. Diagnoser bør fortsat ikke betragtes som etiketter, men snarere som afgrænsninger i forsøget på at kunne yde den bedst mulige støtte og omsorg til patienter. Og så anerkender ICD-11 det kliniske skøn, som i højere grad kommer tilbage i sadlen. Den kliniske ekspertise i kombination med forskning gør det muligt at identificere fx en lav grad af diagnostisk enighed over for en given lidelse, hvormed det bliver muligt at identificere eventuelle kilder til diagnostisk forvirring. Klinikere ved, hvad de gør! Lød det enstemmigt fra de to inviterede internationale eksperter.

Til slut det helt store perspektiv: 80% af verdens befolkning lever i lande med lav- eller middelindkomst. Majoriteten heraf vil i løbet af deres liv ikke få adgang til psykiatrisk ekspertise. Idealet for ICD-11 er fremhævet som både at højne videnskabelig validitet og klinisk anvendelighed. Om fordelene ved den tilstræbte videnskabelige præcision og kliniske anvendelighed i ICD-11 således ender med at komme de mange nødlidende til gode, også fra de fattigere egne i verden, må tiden vise. Seminaret dækkede ikke ICD-11s betydning i forhold til politik, og i hvilke globale, regionale og lokale retninger de politiske vinde blæser – for eller imod flere ressourcer til psykiatrisk behandling.