

Psykopatologi og diagnose

Josef Parnas^{1,2} & Lennart Jansson^{1,3}

For at fremstille skizofrenibegrebet er det nødvendigt at omtale dets historiske og erkendelsesmæssige kontekst. Skizofrenibegrebet udkrystalliserede sig i slutningen af det 19. og begyndelsen af det 20. århundrede og overlevede mere eller mindre uforandret i denne form indtil publikationen af det amerikanske diagnose-system Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III i 1980 og i Danmark indtil indførelsen af International Classification of Diseases (ICD)-10 i 1994. Den skizofrenidiagnose var i høj grad baseret på en mønstergenkendelse (prototypisk tilgang), hvor diagnosen blev stillet på et helhedsbillede, hvor man inddrog anamnesticke og udviklingsmæssige aspekter, arten af sociale relationer og naturligvis symptomatologi. Symptomatologien var groft inddelt i det, man kaldte grundsymptomer [1], som omfattede fænomener som autisme (privat verdensbillede og kontaktforstyrrelse) [2], forstyrrelse i affektivitet (f.eks. hurtigt oscillerende eller inadækvate affekter og udtryk), formelle tankeforstyrrelser (som f.eks. privat logik eller privat brug af eksisterende ord), ambivalens og personlighedsmæssig desintegration med forstyrrelse i selvet [1]. Disse grundsymptomer var altid til stede i mere eller mindre udtalt grad og var ledsaget af fluktuerende og forskelligartede accessoriske symptomer, som i den psykotiske fase var hallucinationer, især hørehallucina-

tioner, vrangforestillinger, influensfænomener og katonet fænomener. Derudover kunne man ved skizofreni se næsten alle slags psykiatriske manifestationer, f.eks. angst, depression, tvangsfænomener eller hysteriske fænomener. Mangfoldigheden af de accessoriske symptomer gjorde, at skizofreni blev og fortsat bliver opfattet som et spektrum af tilstande. Pga. mangfoldigheden af manifestationer var diagnosen skizofreni det vigtigste, man skulle udelukke i den første patientkontakt især med yngre mennesker omkring 20-årsalderen. Konceptuelt blev skizofreni opfattet som en alvorlig

STATUSARTIKEL

- 1) Psykiatrisk Center Glostrup
- 2) Center for Subjektivitetsforskning, Københavns Universitet
- 3) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger
2018;180:V08170584

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Skizofrenibegrebet, som det udkrystalliseredes for mere end 120 år siden, dækkede et spektrum af tilstande af forstyrret kontakt til omverdenen og forskellige psykotiske manifestationer undertiden med et langvarigt og invaliderende forløb. De nuværende skizofrenidefinitioner afspejler en omfattende ændring i den psykiatriske klassifikationsmåde og har favoriseret tilstande med høj sværhedsgrad og paranoid profil.
- ▶ I den nyeste psykopatologiske forskning opfatter man skizofreni som et spektrum af tilstande, der har en gestalt af ændrede bevidsthedsstrukturer især af selvet og intersubjektiviteten til fælles.
- ▶ Den nye forskning åbner nye differentialediagnostiske, terapeutiske og forskningsmæssige muligheder.

Corbaz Aloise (1886-1964). *Fleurir l'Amérique Président stubborn. Chansons d'étudiants* 1951-1960. Dobbelt ansigt. Farveblyant på sammensyet papir. 83 × 92 cm. Collection Antoine de Galbert, Paris.
©photo.Th.Hennocque



desintegration i de psykiske grundstrukturer, som *Bleuler* forsøgte at beskrive under betegnelsen autisme. Det er dette skizofrenikoncept, der blev anvendt i de første store og afgørende epidemiologiske, psykopatologiske og genetiske studier (f.eks. adoptions-, familie-, tvillinge-, forløbs- og højrisikostudier samt WHO's International Pilot Study) [3].

DEN DIAGNOSTISKE OMVÆLTNING

Publikationen af DSM-III i 1980 betød en veritabel diagnostisk omvæltning, som er blevet betegnet som den operationelle revolution [4], og som indebar tre fundamentelle ændringer i den psykiatriske klassifikation. For det første opfattede man klassifikation som et fuldstændigt ateoretisk system, uden organiserende metastrukturer, som f.eks. den hidtidige skellen mellem psykoser og neuroser. For det andet opgav man mønstergenkendelsen og erstattede den med diagnostiske klasser baseret på tilstedeværelsen af udvalgte symptomer og tegn (såkaldte kriterier), hvor et bestemt antal af kriterier fra en diagnostisk liste er tilstrækkeligt og nødvendigt for at kunne stille en diagnose. Dette medfører en form for binær diagnostik, hvor patienten enten er inden for eller uden for den diagnostiske kategori uden mulighed for en dimensional placering, som var en naturlig del af den prototypiske tilgang. For det tredje mente man at kunne definere symptomer og tegn på en »operationel« måde, der tilsikrede psykopatologisk entydighed. Definitionerne var imidlertid ikke operationelle i hverken videnskabelig eller teoretisk betydning, men bestod blot af simple, korte beskrivelser uden kontekstuel forankring og uden begrebsmæssig overvejelse. Man havde forventet øget diagnostisk reliabilitet og dermed afgørende ætiologiske fremskridt, så fremtidige versioner af DSM skulle være baseret på ætiologiske kriterier, men både DSM-5 og den kommende ICD-11 er fortsat baseret på kliniske kriterier. Der har været fremhævet flere utilstede konsekvenser af den operationelle omvæltning

[5, 6]. En af disse har været, at symptomer, der ofte hører til i sygdomsbilledet, men ikke er en del af de diagnostiske kriterier, enten bliver glemt eller resulterer i skabelsen af nye diagnostiske kategorier og mange komorbide diagnoser [7]. Diagnostikken er i høj grad baseret på et øjeblikbillede af de først præsenterede symptomer og gener og er uden de helhedsovervejelser, der fordrer omfattende kendskab til psykopatologi og træning i mønstergenkendelse. I både forskning og klinikken bruger man tjeklister, strukturerede interview eller *self rating*-instrumenter, der kun i ringe grad kan erstatte et omfattende psykiatrisk interview, som bygger på en dialog mellem lægen og patienten og inkluderer historiske og udviklingsmæssige elementer samt et forsøg fra patientens side på at beskrive kvaliteten af sine oplevelser og sin indre verden [8, 9]. Den konsekvente afstandtagen fra det teoretiske og konceptuelle har ført til forskellige ejendommelige nyskabelser som f.eks. »kvasipsykotiske symptomer«, »hallucinationer med indsigt«, »obsessioner med vrangforestillinger« og en tolerance for psykotiske symptomer ved personlighedsforstyrrelse [10].

De diagnostiske kriterier for skizofreni i det i Danmark anvendte ICD-10 vises i **Tabel 1**. Selv om man i introduktionen til ICD-10 understreger, at disse kriterier afgrænser diagnosen (gatekeepere), betragtes de ofte som det udtømmende kliniske billede. Vi kan pege på følgende problemer ved ICD-10's skizofrenidiagnose: diagnosen fremhæver psykotiske symptomer i form af vrangforestillinger og hallucinationer [11], således at muligheden for diagnostik af desorganiserede skizofreniformer (hebefreni) næsten ikke er til stede, og hebefrenidiagnosen praktisk taget ikke forekommer hos førstegangsyndlagte patienter [3]. Desuden er symptomerne defineret med en meget høj sværhedsgrad; formelle tankeforstyrrelser defineres f.eks. som neologismer og inkohærens, som praktisk talt kun ses hos meget kronisk syge patienter.

I ICD-10 spiller førstegangssymptomer og bizarre vrangforestillinger en afgørende diagnostisk rolle. I DSM-5 har man reduceret den diagnostiske vægt af disse fænomener, og noget tilsvarende forventes at ske i ICD-11. For begge systemers vedkommende er den for skizofreni karakteristiske oplevelsesmæssige dimension (f.eks. tab af jæggrænser og forstyrrelser i selvoplevelsen) fraværende i beskrivelsen til fordel for det psykotiske indhold.

De ekspressive forstyrrelser (f.eks. grimasseren, stereotypier og mere subtile affektforstyrrelser) er forsvundet fra det diagnostiske billede. De såkaldte negative symptomer er et forsøg på at konvertere forskelligartede kontakt-, affekt- og udtryksforstyrrelser til simple, uspecifikke adfærdsmæssige defekter, som på engelsk signaleres af *deprivative alpha* (*a-logia*, *a-volition* mv.). Den indre verden hos patienter med skizo-

freni er ubeskrevet. Disse problemer fører til, at patienter med et mindre kronisk og mildere sygdomsbillede bliver underdiagnosticeret med en for tiden voldsom stigning i diagnoser som f.eks. borderlinepersonlighedsforstyrrelse, autisme, ADHD og OCD [12]. Der er således opstået en slags diagnostisk vakuum for patienter med nyopstået sygdom og patienter med et mildere symptombillede, hvilket har afstedkommet forskning i tidlig identifikation og intervention [13]. En potentiel mulighed for at diagnosticere de mildere skizofreniformer ved brug af ICD-10 ligger i anvendelsen af diagnosen skizotypisk sindslidelse (Tabel 2).

NYERE PSYKOPATOLOGISK FORSKNING

Der er nu en stigende interesse for klinisk psykopatologisk forskning, især baseret på fænomenologi [14, 15]. Fænomenologi er en teoretisk tilgang, hvor man fokuserer på en beskrivelse af symptomer, som de opleves af patienten (i førstepersonsperspektiv), og ikke alene lægger vægt på, hvad patienten oplever, men hvordan patienten oplever det (indhold og form/struktur), dvs. ændringer i bevidsthedsstrukturen (f.eks. tidslighed og selvet). Man har i denne forskning i høj grad genopdaget fænomener som allerede blev beskrevet af skizofrenibegrebets grundlæggere (*Bleuler, Kraepelin, Schneider og Minkowski*), og har tilført en systematisk empirisk dimension [16- 19] forankret i en konsistent begrebsmæssig referenceramme [20, 21]. I et dansk-norsk-tysk samarbejde og med input fra bevidsthedsfilosofi blev der udviklet et psykometrisk instrument til registrering af selvforstyrrelser, og det er nu oversat til 14 sprog [22]. I dette »nye« perspektiv opfattes skizofrenispektret som fundamentalt knyttet til forandringer i selvets grundstruktur og dets umiddelbare relation til omverdenen [23]. Det selv, der tales om her, er ikke selvet som personlighed, også kaldet det narrative selv (den måde vi er på og opfatter vores person med karaktertræk og evner på) men det såkaldte minimale eller kerneselv. Kerneselvet er karakteriseret ved, at alle mine oplevelser er umiddelbart givet for mig som mine oplevelser, og hvor jeg har en implicit følelse af at persistere som et jeg-mig-mig selv. Denne bevidsthedsstruktur sikrer vores følelse af grundidentitet og oplevelsen af at forblive den samme trods tidens ændringer. Ved skizofreni er denne struktur forstyrret (selvforstyrrelser). Patienterne føler sig ofte som værende forskellige fra andre på en undefinerbar måde, hvor man kan konstatere, at følelsen af forskel kommer, før patienten er i stand til at sætte ord på, hvad han mener, er forskelligt (»Jeg har altid følt mig forkert«). Patienten har tit følelsen af en slags afstand til sine egne oplevelser: føler sig som observatør til sig selv, har en følelse af ikke at eksistere fuldt ud eller være fuldt ud til stede, har oplevelsen af kun at leve i sit hoved og mangler samhørighed med sin krop. I omgangen med andre

og omverdenen har patienten tit svært ved at opfatte den umiddelbare og kontekstuel relevante mening (tab af naturlig evidens). Disse oplevelser har tendens til at persistere [24] og er i øvrigt fremragende beskrevet i flere selvbiografier [25, 26]. Det er muligt, at sådanne bevidsthedsformer i subkliniske tilstande forklarer den tilsyneladende sammenhæng mellem kreativitet og disposition til skizofreni [27]. De psykotiske fænomener, der udvikler sig på denne baggrund, bærer et aftryk af de grundlæggende selvforstyrrelser: Der er manglende grænser mellem selvet og verden (f.eks. op-

TABEL 1

De diagnostiske kriterier for DF20, skizofreni, International Classification of Diseases – 10. udg.

I	<p><i>Enten</i></p> <p>≥ 1 førsteangssymptomer, der består af 3 grupper symptomer:</p> <p>Influensfænomener f.eks. tankepåførelse, tankefradrag eller ekstern styring af bevægelser</p> <p>Specifikke akustiske fænomener: diskuterende og kommenterende stemmer samt tanke-hørighed</p> <p>Vrangagtig sansningsoplevelse</p> <p><i>Eller</i></p> <p>Vedvarende »bizarre« vrangforestillinger: vrangforestillinger, som er fuldstændig umulige samt kulturelt uacceptable</p> <p><i>Eller</i></p> <p>≥ 2 af flg.:</p> <p>Vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold</p> <p>Sproglige tankeforstyrrelser</p> <p>Kataton adfærd</p> <p>Negative symptomer</p>
II	Varighed ≥ 1 md.
III	<p>Udelukkes:</p> <p>Skizoaffektiv sindslidelse</p> <p>Organisk ætiologi</p>

TABEL 2

De diagnostiske kriterier for DF21, skizotypisk sindslidelse, International Classification of Diseases – 10. udg.

A	<p>Gennem ≥ 2 år kontinuerligt eller jævnligt ≥ 4 af flg.:</p> <p>Inadækvate eller indsnævrede følelser, følelseskulde</p> <p>Excentrisk, sært eller aparte udseende eller adfærd</p> <p>Kontaktfattigdom og isolationstendens</p> <p>Sære idéer eller magisk tænkning, som påvirker adfærden og som ikke svarer til subkulturelt mønster</p> <p>Mistroiskhed eller paranoide idéer</p> <p>Obsessive ruminationer uden indre modstand, ofte med dysmorfofobisk, seksuelt eller aggressivt indhold</p> <p>Usædvanlige sanseoplevelser, somatosensoriske eller andre illusioner, depersonalisation, derealisation</p> <p>Vag, omstændelig, metaforisk, kunstig eller stereotyp tankegang og tale</p> <p>Mikropsykotiske episoder med intense illusioner, hallucinatoriske oplevelser eller vrangagtige idéer, sædvanligvis optrædende uden ydre provokation</p>
B	Må aldrig have opfyldt kriterierne for nogen form for skizofren sindslidelse, F20.x

lever patienten tankeudspredning eller tankepåvirkning), former for magisk grandiositet (patienten oplever at være centrum i universet, hvis eksistens afhænger af hans bevidsthed) og adgang til en anden og mere ægte virkelighedsdimension (dobbeltbogholderi [28]). Genopdagelsen af selvforstyrrelser inden for skizofrenispektret afspejles i den definition af skizofreni, der er foreslået i den 11. udgave af ICD, hvor skizofreni beskrives således: »*Schizophrenia is characterized by disturbances in multiple mental modalities, including thinking [...], perception [...], self-experience [...], cognition [...], volition [...] and affect [...]*«. Efter forfatterens opfattelse er kendskabet til selvforstyrrelser et afgørende element i tidlig differentialdiagnostik og i den generelle forståelse af den syge. Det synes at være indlysende, at kendskabet til selvforstyrrelser i fremtiden må spille en rolle i de psykoterapeutiske tiltag og i den patogenetiske forskning [29, 30] Selvforstyrrelser som grundfænotype må ligge tættere på et potentielt neuralt substrat end de komplekse slutprodukter i den skizofrene lidelse (f.eks. hallucinationer og vrangforestillinger).

KONKLUSION

Trods 120 års forskning er skizofreni fortsat et åbent og meget vigtigt videnskabeligt område. Skizofreni må opfattes som et spektrum af tilstande, der spænder fra subkliniske manifestationer, der kan iagttages hos patienternes slægtninge, over lettere former som skizotypisk sindslidelse til egentlige psykotiske tilstande. Den nyeste psykopatologiske forskning tyder på, at det essentielle element i det skizofrene sygdomsbillede er en forstyrrelse i selvets grundstruktur og dets relation til omverdenen. Dette perspektiv, som er en genopdagelse af de helt oprindelige klassiske kliniske indsigter, peger på nye differentialdiagnostiske, terapeutiske og forskningsmæssige muligheder.

KORRESPONDANCE: Lennart Jansson.

E-mail: lennart.berthil.jansson@regionh.dk

ANTAGET: 20. oktober 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 5. februar 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. International Universities Press, 1950.
2. Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World Psychiatry* 2002;1: 131-6.
3. Parnas J. DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: are we regressing to a pre-Kraepelinian nosology? I: Kendler KS, Parnas J red. *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford University Press, 2012:237-59.
4. Sato Y, Berrios G. Operationalism in psychiatry: a conceptual history of operational diagnostic criteria. *Seishin Igaku* 2001;43:704-13.
5. Parnas J, Bovet P. Psychiatry made easy: operationalism and its consequences. I: Kendler KS, Parnas J, red. *Philosophical issues in psychiatry III: the nature and sources of historical change*. Oxford University Press, 2014:190-212.
6. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33:108-12.
7. Parnas J. Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry* 2015;14:284-7.

8. Nordgaard J, Revsbech R, Saebye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5.
9. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 263:353-64.
10. Zandersen M, Henriksen MG, Parnas J. A recurrent question: what is borderline? *J Pers Disord* 2018 (i trykken).
11. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K et al. The impact of diagnostic criteria on the prevalence of schizophrenic subtypes. *Compr Psychiatry* 2005;46:433-9.
12. Parnas J. Diagnostic epidemics and diagnostic disarray: the issue of differential diagnosis. I: Kendler KS, Parnas J, red. *Philosophical issues in psychiatry IV: classification of psychiatric illness*. Oxford University Press, 2017:143-5.
13. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res* 2003;60:21-32.
14. Fuchs T. Psychopathology of depression and mania: symptoms, phenomena and syndromes. *J Psychopatol* 2014;20:404-13.
15. Stanghellini G, Broome MR. Psychopathology as the basic science of psychiatry. *Br J Psychiatry* 2014;205:169-70.
16. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull* 2014;40: 1300-07.
17. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis "prodromal" population. *Schizophr Bull* 2012;38:1277-87.
18. Haug E, Lien L, Raballo A, et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:632-6.
19. Koren D, Lacoua L, Rothschild-Yakar L et al. Disturbances of the basic self and prodromal symptoms among young adolescents from the community: a pilot population-based study. *Schizophr Bull* 2016;42: 1216-24.
20. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
21. Parnas J, Henriksen MG. Mysticism and schizophrenia: a phenomenological exploration of the structure of consciousness in the schizophrenia spectrum disorders. *Conscious Cogn* 2016;43:75-88.
22. Parnas J, Moller P, Kircher T et al. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
23. Parnas J. The core gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11: 67-9.
24. Nordgaard J, Siersbæk Nilsson L, Sæbye D et al. Self-disorders in schizophrenia-spectrum disorders: a 5-year follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1. sep 2017 (e-pub ahead of print).
25. Saks ER. *The center cannot hold*. Hachette Books, 2007.
26. Livingstone C. *Nat* i april. People's Press, 2016.
27. Keller MC, Visscher PM. Genetic variation links creativity to psychiatric disorders. *NatNeurosci* 2015;18:928-9.
28. Henriksen MG, Parnas J. Self-disorders and schizophrenia: a phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. *Schizophr Bull* 2014;40:542-7.
29. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S et al. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia? Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophr Res* 2014;152:12-9.
30. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S et al. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia? Integrating phenomenology and neurocognition. Part 2 (aberrant salience). *Schizophr Res* 2014;152:20-7.