

JYRKI KORKEILA

psykiatrian professori, ylilääkäri
Turun yliopisto ja Satakunnan
sairaanhoidopiiri, Harjavallan
sairaala

Miten psykiatrinen tautiluokitus kehittyy?

ICD-11 ja DSM-5 vertailussa

- ICD-11- ja DSM-5-tautiluokituksia on pyritty yhtenäistämään, mutta niissä on edelleen oleellisia eroja.
- ICD-11 siirtää transsukupuolisuuden mielenterveyden häiriöistä seksuaaliterveyden lukuun. Uni- ja valvetilan häiriöt erotetaan omaksi luvukseen. Terminologiasta poistuvat mm. somatoforminen häiriö ja Aspergerin oireyhtymä.
- Uusia diagnooseja ICD-11:ssä ovat mm. pelaamishäiriö ja pakonomainen seksuaalinen käyttäytyminen. DSM-5 ei niitä tunne.
- Tulevaisuudessa häiriöiden syiden ja hoitojen tutkimus lävistää diagnoosiluokat yhä laajemmin.

WHO:n uusi diagnoosiluokitus International Classification of Diseases 11 (ICD-11) on julkaistu 18. kesäkuuta 2018 (1). Luonnos (beeta-versio) on ollut nähtävissä internetissä ja sitä on voinut kommentoida suunnitteluvaiheessa. Ehdotuksia tuli yli 10 000, ja ne on kaikki käyty läpi. Tällä hetkellä on käynnissä sarja kenttätutkimuksia, ja niiden perusteella luokitukseen saattaa tulla vielä vähäisiä muutoksia. Lopullisesti uusi luokitus otetaan käyttöön 2022, kun jäsenmaat ovat saaneet suunniteltua käyttöönoton, käännettyä ICD-11:n omalle kielelleen ja koulutettua terveydenhuollon ammattilaisia. Psykiatrisen diagnostiikan yksityiskohtainen ohjeisto (guideline) on valmistumassa lähiaikoina. Verkossa on koodilla ”06” varustettu versio ”Mielenterveyden, käyttäytymisen ja keskushermoston kehitykselliset häiriöt”, jota käytetään kenttätutkimuksissa (Geoffrey Reed, henkilökohtainen tiedonanto).

kliinikoille suunnattu tyypillisiä tapauksia kuvaava versio ja tutkijoita varten määritetyt kriteerit yhdistetty yhdeksi käsikirjaksi.

Luokittelujärjestelmien lyhyt historia

ICD-järjestelmän ensimmäinen versio pyrki luokittelemaan sairaaloissa tapahtuneiden kuolemien syitä. Sittemmin luokittelun tärkeimpänä perusteena on ollut järjestelmällisen tiedon tuottaminen kansainvälistä raportointia varten (4). DSM-käsikirjan ensimmäinen versio pyrki yhtenäistämään käytäntöjä veteraaneille myönnettäviä etuuksia varten, sillä Yhdysvaltain armeijalla oli käytössä kolme erilaista diagnostista luokittelua.

Psykiatrisen diagnostiikan muotoutuessa 1970-luvun loppua kohti syntyi ensimmäinen psykiatristen diagnoosien kuvaileva luokittelu DSM-III, jossa häiriöille oli määritelty täsmennytyt kriteerit. Avoimet kriteerit ovat luoneet luotettavampaa yhteistä kieltä ja vähentäneet vaihtelua. Ajatuksena oli tutkia häiriöiden pätevyyttä luotettavien määritelmien avulla. Pätevyys voitaisiin määrittää kriteerien erottelukykyyn, periytyvyyden, ennusteen ja objektiivisten korrelaattien avulla (5). ICD-järjestelmässä kriteeripohjainen luokittelu luokittelu ilmaantui vasta tutkimusta varten laadittuun versioon 10.

ICD- ja DSM-järjestelmiä on viime vuosikymmenien aikana yhä enemmän yhtenäistetty diagnoosien hierarkkista järjestelmää ja nimikkeitä kaltaistamalla (1,6).

Etiologiaa, jatkumoa ja luokkia

Diagnoosiluokituksen keskeisiä haasteita ovat sen suhde etiologiaan, luokkiin ja ulottuvuu-

KIRJALLISUUTTA

- 1 WHO 2018. International Classification of Disease, ICD-11 (luettu 29.10. 2018). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 2 Rosch E. Principles of categorization. Kirjassa: Rosch E, Lloyd BB, toim. Cognition and Categorization. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers 1978:27–48.
- 3 Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. World Psychiatry 2011;10:118–31.
- 4 Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernandez R, Narrow WE, Reed GM. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). Psychol Sci Public Interest 2017;18:72–145.

ICD- ja DSM-järjestelmiä on yhä enemmän yhtenäistetty.

Edellisestä versiosta lähtien ICD-järjestelmässä mielenterveyden häiriöt on määritelty tyypillisen tapauksen kuvauksien avulla, kun taas Diagnostic and Statistical Manual eli DSM-järjestelmä määrittelee häiriöiden välistä rajaa kriteerien perusteella. Tyypillisten tapausten piirteiden perusteella tehtävä erottelu on lähempänä inhimillisen ajattelun yleistä luokkien tunnistamista (2). Kliinikoille ICD-10 näyttääkin olleen DSM-luokitusta mieluisampi (3). Suomalaista psykiatrian ICD-10-laitosta varten on

LIITEINEISTO
pdf-versiossa

www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 7/2019

VERTAISARVIOITU 

- 5 Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
- 6 American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.
- 7 Kendler KS, Engstrom EJ. Criticism of Kraepelin's psychiatric nosology: 1896 - 19027. *Am J Psychiatry* 2018;175:316-26.
- 8 Zhao H, Nyholt DR. Gene-based analyses reveal novel genetic overlap and allelic heterogeneity across five major psychiatric disorders. *Hum Genet* 2017;136:263-74.

siin, diagnostisiin kynnyksiin ja monihäiriöisyyteen (4). Näköpiirissä ei ole yleisesti hyväksytyjä täsmällisiä etiologisia malleja, joiden perusteella tapahtuva luokittelu olisi mahdollista (7). Yksi riskitekijä voi liittyä keskeisesti useampaan eri sairauteen tai yhden sairauden riskit voivat olla moninaisia. Samat perintötekijät näyttävät liittyvän moniin eri häiriöihin ja "riskigeenien" sijaan olisi täsmällisempää puhua vaihtelevaa plastisiteettia säätelevistä perintötekijöistä (4,8). Lapsuuden traumaattiset kokemukset voivat liittyä ruumiillisiin tai mielen terveyden häiriöihin selittäen paremmin monihäiriöisyyttä kuin juuri tietyn häiriön riskiä (9).

Mielenterveyden häiriöiden piirteet ovat jatkumoa normaalivariaatioon.

- 9 van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
- 10 McCloskey M, Glucksberg S. Natural categories: Well defined or fuzzy sets? *Memory & Cognition* 1978;6:462-77.
- 11 Lesne A. Discrete vs continuous controversy in physics. *Math Structures Comput Sci* 2007;17:185-223.
- 12 Weiss KM, Buchanan AV. Evolution by phenotype: a biomedical perspective. *Perspect Biol Med* 2003;46:159-82.
- 13 Gaebel W, Zielask J, Reed GM. Mental and behavioral disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol* 2017;51: 169-95.
- 14 Zimmerman M, Martinez JA, Attiullah N ym. Why do some depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale not consider themselves to be in remission? *J Clin Psychiatry* 2012;73:790-5.
- 15 Ustün TB. Using the international classification of functioning, disease and health in attention-deficit/hyperactivity disorder: separating the disease from its epiphenomena. *Ambul Pediatr* 2007;7 suppl 1:132-9.

DSM-5 poisti viimeisen puhtaasti psykologisen etiologiaoletuksen konversiohäiriön diagnosoista. Nyt käsikirjassa diagnosoimiseksi kriteerinä on "kliinisten löydösten ja tunnetun neurologisen tai muun lääketieteellisen sairauden yhteensopimattomuus" (6). Sekä DSM-5 että ICD-11 mainitsevat ympäristöperäiset tekijät keskeisenä kriteerinä stressi- ja traumaperäisissä häiriöissä, mutta muilta osin järjestelmissä ei ole etiologiaan viittaavaa häiriön määrittelyä.

Kendler ja Engstrom ovat hiljattain todeneet, etteivät psykiatrian diagnostiset käsitteet voi todennäköisesti koskaan viitata luonnossa esiintyviin tarkkarajaisiin ja toisistaan erillisiin tautikokonaisuuksiin, joiden määritelmässä ei olisi mitään sopimuksenvaraista (7). Aivojen patologian ja patofysiologian yhteys oireistoon on niin monimuotoista, ettei aivoista liene löydettävissä erottelevaa täsmällistä "sormenjälkeä" jollekin psykiatriselle häiriölle. Tästä monen suhteesta moneen ei seuraa sairausluonteen puuttuminen vaan määrittelyn haastavuuden pysyväisluonteisuus.

Mielenterveyden häiriöiden piirteet ovat jatkumoa normaalivariaatioon eikä kynnyksarvoista eroa terveen ja sairaan välille ole määriteltävissä (4,7). Jatkumoa normaalista patologiseen esiintyy tunnekokemuksissa, ajattelutoiminnoissa, käyttäytymisessä, somaattisissa oireissa ja persoonallisuuden piirteissä. Myös psykoottisuus

on jatkumoa normaalista patologiseen (9). Erottelevia ja jatkuvia piirteitä esiintyy luonnossa rinnakkain, ja useimmiten havainnoinnin asteikko määrittää sitä, kummaksi jonkin ilmiön hahmotamme. Psykiatrisissa sairauksissa monimutkaisuus on jo pinnalla havaittavissa oleva ilmiö, kun taas somaattisissa sairauksissa siihen törmätään viimeistään sairauden molekyylibiologiassa. Erottelevia rajoja on kompleksisissa luonnonilmiöissä vain vähän, joten kynnyksarvojen määrittely on ainakin osin aina sopimuksenvaraista (10,11,12). Diagnosoimiseksi kriteerit ovat päättelysääntöineen viime kädessä todennäköisyyksiin nojaava osoitin sille, että jollakin potilaalla on se häiriö, jonka kriteerit hänelle määrittelevät. Häiriöiden määritelmien kliininen käyttökelpoisuus ei ole sama asia kuin niiden objektiivinen pätevyys.

Mielenterveyden häiriöitä useimmiten kuvataan oireulottuvuuksilla, silloin kun ne muodostavat riittävän vaikea-asteisia, pitkään jatkuvia tai toistuvia oireyryvästymisiä. Sairaustiloja on kuitenkin välttämätöntä kategorisoida, jotta niiden perusteella voidaan esimerkiksi myöntää lakisääteisiä etuuksia ja jotta ne turvaavat hoitoon pääsyä. ICD-luokituksen keskeisenä tavoitteena on turvata hoitoon pääsy kulttuurisesti ja sosioekonomisesti hyvin vaihtelevissa olosuhteissa ja heterogeenisissä hoitojärjestelmissä sekä joustava diagnosointi järjestelmien sisällä niiden eri tasoilla.

Luokittelun ja kriteerien komplikaatioita

Tarkasti määritellyistä kriteereistä voi seurata psykopatologian ymmärryksen heikkenemistä, mikäli sairauden kriteerien tulkitaan kirjaimellisesti määrittävän sen psykopatologian täysin kattavasti. Lisäksi diagnostisten kriteerien suuri lukumäärä ja järjestelmän hierarkkinen rakenne tuottavat keinotekoisia monihäiriöisyyttä, sillä henkilö voi täyttää vaikkapa kahdeksan persoonallisuushäiriön kriteerit samanaikaisesti (4). Kriteerien runsas määrä johtaa diagnoosien osittaiseen samankaltaisuuteen tai häiriöiden erottelemisen lisääntyviin vaikeuksiin. Monimutkaiset päättelysäännöt ovat käytännössä johtaneet diagnoosien "tarkemmin määrittämätön" ja "sekamuotoinen" runsaaseen käyttöön etenkin persoonallisuushäiriöissä. Kliinisessä arjessa ei aina saada potilaan oireistosta päättelysääntöjen edellyttämiä tietoja.

- 16 Escorpizo R, Kostanjsek N, Kennedy C, Nicol MM, Stucki G, Ustün TB; Functioning Topic Advisory Group (TAG) of the ICD-11 Revisio n. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC Public Health*. 2013;13:742.
- 17 Heinz A. A new understanding of mental disorders. Computational models for dimensional psychiatry. Cambridge: MIT Press 2017.
- 18 Regier DA, Narrow WE, Clarke DE ym. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013;170:59–70.
- 19 Karukivi M, Koivisto M. Persoonallisuuden piirteistä häiriöksi – kliinikon näkökulma. *Suom Lääkäril* 2018;73:208–14.
- 20 Insel T. Transforming diagnosis (luotu 29.4. 2013, luettu 8.11.2018). <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- 21 Caspi A, Houts RM, Belsky DW ym. The p factor: One general psychopathology factor in structure of psychiatric disorders. *Clin Psychol Sci* 2014;2:119–37.
- 22 Bzdok D, Meyer-Lindenberg A. Machine-learning for precision psychiatry: opportunities and challenges. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2018;3:223–30.

Pyrittäessä yhä tarkempaan kuvaukseen on määritelty häiriöiden alamuotoja, joista yksi voi kerrallaan kuulua vain yhteen hierarkiassa korkeamman tason ryhmään. Toisessa korkeamman tason ryhmässä vastaavanlainen tila on luokiteltava erilliseksi diagnoosiksi. Esimerkiksi skitsofreniaryhmään kuuluvan masennusmuotoisen skitsoaffektiivisen häiriön ja mielialahäiriöihin kuuluvan psykoottisen depression erotusdiagnoosiikka on hyvin haastavaa oireiston ollessa usein varsin samankaltaista. Pyrkimys yhä tarkempaan potilaan tilan kuvailuun on diagnoosien lukumäärän kasvun suurin syy (4).

DSM-5- ja ICD-11-luokitusten kehitystyö

Sekä DSM-5:n että ICD-11:n luonnokset ovat olleet julkisesti nähtävillä jo ennen varsinaista julkaisemista. DSM-5:n kehitys alkoi kunnianhimoisella tavoitteella uudistaa luokittelua merkittävästi, mutta Amerikan psykiatriyhdistyksen johtokunta hylkäsi eräitä uudistusehdotuksia, kuten dimensionaalisen määrittelyn ja persoonallisuushäiriöiden hybridimallin. ICD-11:n uudistus käynnistyi 2005 ja beetaluonnos oli nähtävillä kesällä 2016. Tavoitteena on ollut keventää etenkin pieni- ja keskituloisissa maissa mielenterveyden häiriöistä koituvaa sairaustaakkaa tarjoamalla mielenterveyspalvelujen tarpeessa olevien tunnistamiseen hyviä tutkimustietoon perustuvia työkaluja (13).

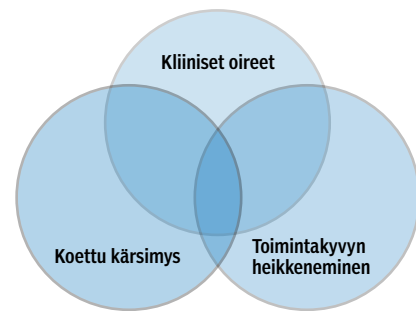
DSM-IV-järjestelmässä kliinistä merkittävyyttä pyrittiin määrittelemään toimintakyvyn heikkenemisellä ja haitoilla (4). Tuore tutkimustieto viittaa siihen, että häiriö ja toimintakyky ovat erillisiä ulottuvuuksia (4,14). DSM-5:n luonnosteluvaiheessa aikomuksena oli määritellä toimintakyvyn arviointi erilliseksi diagnostiseksi ulottuvuudeksi käyttäen WHO:n toimintakykyluokittelua (WHO Disability Assessment Schedule 2.0). WHO:ssa on jo aiemmin katsottu tärkeäksi määrittää toimintakyvyn heikkeneminen sairaudesta erillään, jotta häiriöitä voitaisiin ymmärtää täsmällisemmin, yksilöllistää ja tarjota eri oire- ja toimintakykyulottuvuuksia kattavia hoitoja sekä edistää integroituja terveydenhuollon informaatiojärjestelmiä (15,16). Häiriön kliinisesti merkittävää hoitokynnystä voidaan havainnollistaa eri ulottuvuuksien käytännöllisellä kaaviolla (17) (kuvio 1).

Kumpaakin luokitusta varten on tehty kenttätutkimuksia, joissa on selvitetty mm. määrittelyn epidemiologiaa seurauksia ja kliinistä käyt-

KUVIO 1.

Käytännöllinen määritelmä kliinisesti merkitseville mielenterveyden häiriöille

Hoito on aiheellinen, kun kliinisesti merkitseviä oireita on toimintakyvyn heikkenemisen ja/tai koetun kärsimyksen vallitessa (12).



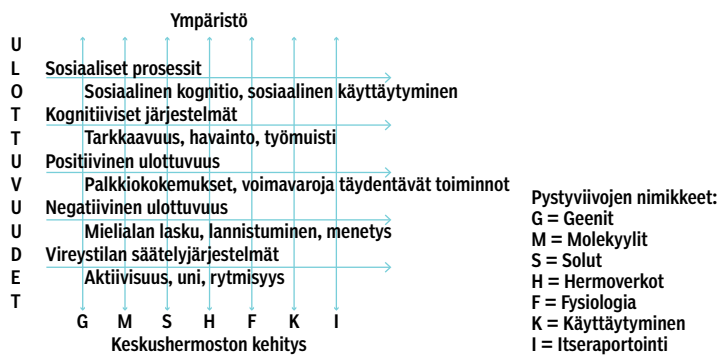
tökelpoisuutta. ICD-11:n kenttätutkimuksia on tehty tai tehdään 18 maassa eri puolilla maailmaa. Alustavassa tutkimuksessa seitsemän häiriön, mukaan lukien skitsofrenia ja depressio, arviointijoiden keskinäistä luotettavuutta ilmentävät kappa-arvot vaihtelivat välillä 0,62–0,87. Akuutissa lyhytkestoisessa psykoosissa arvio oli selvästi huonompi 0,45 (Geoffrey Reed, henkilökohtainen tiedonanto). Vastaava kenttätutkimus DSM-5:n diagnooseista tuotti depressiolle huomattavasti ICD-11-luokitusta huonomman luotettavuusarvion (ensiepisodei ja uusiutuva depressio, kappa 0,64–0,72 vs. 0,25) (18).

Aiempaan tapaan ICD-luokituksesta ilmestyy neljä eri versiota: tilastointia varten tehty koodikirja, perusterveydenhuollon versio, kliinikkojen versio diagnostisen ohjeiston ja tyypillisten tapausten kuvauksen kera sekä versio tutkijoita varten (13). ICD-11:n luku 06 "Mielenterveyden, käyttäytymisen ja keskushermoston kehitykselliset häiriöt" sisältää häiriön lyhyen määritelmän (tyypillinen tapaus), mukaanotto- ja poissulkutermit, häiriön kulkuun liittyvät tämentäjät, sen alatyypit sekä häiriöön liittyviä kulttuurisia, kehityksellisiä kliinisiä ja sukupuoleen liittyviä piirteitä. Esimerkiksi "ahdistuneisuus ja pelko-oireisissa häiriöissä" paniikkikohtausta voi olla häiriön kliininen lisäpiirre. Depressiodiagnoosia voidaan tämentää ahdistusoireiseksi tai melankoliseksi (1).

KUVIO 2.

Tutkimusalustan Research Domain Criteria (RDoC) matriisi

Poikki leikkaavina ulottuvuuksina on viisi toimintakyvyn aluetta, joista on mainittu esimerkein eräitä osatekijöitä. Toiminnalliset ulottuvuudet yhdistävät ympäristötekijöitä keskushermoston kehitykseen. Kuvassa on pystyviivoin esitettyinä analyysiyksiköt, joiden puitteissa etsitään toimintojen objektiivisia korrelaatioita.



Perusterveydenhuollon diagnoosiluokitus kattaa vain 30 diagnoosia, koska etenkin pienituloisissa maissa tarkka määrittely on voimavarojen puutteen vuoksi epätarkoituksenmukaista. Maailmanlaajuisessa kliinisessä käytössä tyyppitapausten kuvauksen katsotaan olevan riittävä ja tarjoavan mahdollisuuden luokittelun joustavaan käyttöön. DSM on virallisesti käytössä Yhdysvalloissa, Argentiinassa, Australiassa, Turkissa ja Keniassa (4), mutta muualla DSM-järjestelmää saatetaan käyttää, kuten Suomessa, rinnakkain opetuksessa ja tutkimuksessa. Rekisteripohjaiset suomalaistutkimukset nojaavat ICD-10:een mutta kliiniset DSM-järjestelmään. Kaikkialla diagnoosikoodit ovat kuitenkin ICD-järjestelmästä.

Muutoksia rakenteessa ja häiriöluokissa

ICD-11 ja DSM-5 eivät enää luokittele omaan ryhmäänsä lapsuudessa alkavia häiriöitä, vaan nämä on liitetty aikuisten häiriöiden joukkoon. Häiriöillä on taipumus jatkua usein aikuisiälläkin. Muita oleellisia rakenteellisia muutoksia on DSM-5-järjestelmässä kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja masennusoireisten häiriöiden erottelu erillisiksi ryhmiksi, mutta ICD-11:ssä nämä ovat edelleen ”mielialahäiriöt” otsakkeen alla (1,6) (Liitetaulukko 1 artikkelin sähköisessä versiossa, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 7/2019).

Transsukupuolisuus on siirretty ICD-11:ssä psykiatrisen häiriöiden joukosta Seksuaaliterveys-lukuun ja sen nimi on muutettu sukupuolen epäsovpuudeksi (gender incongruence), joka voidaan diagnosoida lapsuus-, nuoruus- ja aikuisiässä (1). DSM-5 luokittelee tilan edelleen psykiatristen häiriöiden joukkoon.

ICD-11 on niin ikään erottanut erilliseen lukuunsa uni- ja valvetilan häiriöt, jotta myös mielenterveyden häiriöihin liittyvä unettomuus tulisi paremmin näkyviin sekä kollegoiden välisessä kommunikaatiossa että tilastoinnissa (13).

DSM-5-luokitusta laadittaessa surun poissulokriteerin puuttumista kritisoitiin voimakkaasti, vaikkei surua seuraava masennus eroa oirekvaltaan tai ennusteeltaan muusta masennuksesta (4). ICD-11:ssä on määritelty erikseen pitkittynyt suruhäiriö, jossa diagnoosi edellyttää läheisen kuolemaan liitettyä huomattavaa, useita kuukausia jatkuvaa voimakasta emotionaalista kiputilaa tai tunnekyvyn menetystä, jatkuvaa kaipaukseen ja muistikuviin uppoutumista (1). Tilasta koituu eri ulottuvuuksia kattava toimintakyvyn heikkenemistä.

ICD-11:n pääryhmien nimissä ja ryhmien hierarkkisessa jaottelussa on tapahtunut myös muutoksia ICD-10-versioon nähden. Keskushermoston kehityksellisiin häiriöihin on ryhmitelty aiemmin pääluokkiin F70, F80 ja tiettyjä F90-luokkaan kuuluvia tiloja. Kehitysvammaisuuden nimike muuttuu älyllisen kehityksen häiriöksi ja Asperger-nimike väistyy autismiskirjon häiriön tieltä. ADHD-diagnoosin täsmentämistä varten on määritetty koodit pääasiassa tarkkaamattomuutena, pääasiassa hyperaktiivisuutena ja näiden yhdistelmänä ilmentyville häiriön muodoille (1).

Kumpikin luokittelujärjestelmä on poistanut skitsofrenian alaryhmät epäluotettavina (1,4,6). ICD-11 määrittelee katatonian erilliseksi diagnosiryhmäksi, kun taas DSM-5 sisältää täsmentäjän ”psykoosien katatonian”. Ahdistuneisuushäiriöiden joukosta on kummassakin luokittelussa poistettu pakko-oireinen häiriö sekä traumaperäiset ja muut stressihäiriöt ja ne on luokiteltu omiksi pääryhmikseen.

Somatoformiset häiriöt -nimistä pääryhmää ei ole enää kummassakaan luokittelussa, vaan sen sijaan DSM-5:ssä on ”somaattisten oireiden häiriöt” ja ICD-11:ssä ”ruumiillisen kuormittumisen” ryhmät omina pääryhminään. ICD-11 poikkeaa siten ratkaisevasti edeltäjänsä F4-alkuiseen

SIDONNAISUUDET

Jyrki Korkeila: Konsultointipalkkiot (Lundbeck/Otsuka, Servier), luentopalkkiot (Biocodex, Boehringer-Ingelheim, Janssen-Cilag, Lundbeck, MSD, Orion, Shire, Sunovion; Duodecim, Orton, Suomen Psykiatriyhdistys, Professio), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), osakkeet ja hallituksen jäsen (Solutos Oy, Psykiatrinen tutkimus- ja hoitoasema Eos), matka-, majoitus- ja kokouskulut (Lundbeck, Sunovion).

päryhmään luokiteltujen häiriöiden osalta eikä neuroosi-termiä enää esiinny missään.

DSM-5 sisältää edelleen aiemmat persoonallisuushäiriöluokat, mutta ICD-11 on muuttamassa persoonallisuushäiriöiden luokituksen aivan uuteen asuun (19). ICD-11 sisältää myös muita diagnooseja, jotka puuttuvat DSM-5 versiosta. Video- ja nettipelaamiseen liittyvä pelamishäiriö (gaming disorder) ja pakonomainen seksuaalinen käyttäytyminen on luokiteltu ICD-järjestelmään, jotta voitaisiin taata avun piiriin pääsy ja seurata tilojen esiintymistä palvelujen käyttäjillä (13).

Kaikki luokitteluun liittyvät tavoitteet eivät ole toteutettavissa ideaalisesti yhtä aikaa.

Postkategorinen psykiatria

Alun perin kuvailevan ja kriteereihin perustuvan diagnoosiluokituksen tavoitteena oli tutkia diagnostisten käsitteiden pätevyttä luotettavien ja eksplisiittisten kriteerien avulla, mutta tutkimuksissa juuri pätevyden todentaminen on osoittautunut ongelmalliseksi. Kun DSM-5 viimein julkaistiin, Yhdysvaltain National Institute of Mental Healthin (NIMH) johtaja Thomas Insel ilmoitti, ettei NIMH tue tutkimusta, jota tehdään DSM-5-luokituksen pohjalta. Inselin johdolla NIMH esitti Research Domain Criteria -tutkimusalueen (RDoC), jonka pohjalta luotaisiin aikanaan uusi luokittelujärjestelmä (20). DSM-III luokittelusta käynnistynyt tavoite kategoria- ja kriteeriperusteiseen erillisten kliinisten oireyhtymien pätevään luokitteluun näyttää tulleen tiensä päähän. ICD-11-järjestelmästä ”diagnostiset kriteerit” -termi on poistettu pseudotäsmällisten ilmaisujen välttämiseksi (Geoffrey Reed, henkilökohtainen tiedonanto 2018).

RDoC:n tavoitteena on määritellä eri toiminnallisiin ulottuvuuksiin liittyviä muutoksia

monitasoisesti, aina geeneistä itseraportointiin (kuva 2). Tämän mallin mukaisesti saatetaan tutkia palkkiokokemuksien poikkeavuuksia esimerkiksi riippuvuuksissa, maniassa ja depressiossa sekä tutkia oireulottuvuuden, esimerkiksi ahdistuksen hoitoa transdiagnostisesti, diagnostiset kategoriat lävistäen.

Koska psykopatologian vaikeusaste ja monihäiriöisyys korreloivat vahvasti, on ehdotettu yleisen psykopatologian ulottuvuutta. Tämä p-tekijän käsite on analoginen yleisen älykkyyden g-tekijän kanssa. Kaikilla mielenterveyden häiriöillä olisi silloin yhteinen päätekijä, jonka voimistumiseen liittyy yhtä monimuotoisempaa psykopatologiaa. P-tekijä näyttää liittyvän ajatushäiriöihin, kognitiivisiin häiriöihin, päivittäisen toimintakyvyn laskuun, periytyvyyteen, heikompaan kehityshistoriaan ja aivotointojen poikkeavuuksiin (21).

Lopuksi

Kaikki luokitteluun liittyvät tavoitteet eivät ole toteutettavissa ideaalisesti yhtä aikaa. Laissa määritellyt edellytykset eivät noudata luonnon vaan ihmisen järjen ja eettisten arvojen periaatteita.

RDoC:n kaltainen uusi tutkimusalue tarjotaan psykiatriasta sairastavuuksiin transdiagnostisesti, esimerkiksi impulsiivisuuden mekanismeja eri häiriöissä. Puhtaasti ulottuvuuksien varaan ei diagnostista luokittelua voida rakentaa, koska arvioinnista tulisi monimutkaista ja kliinikkojen keskinäisestä kommunikaatiosta todennäköisesti epäluotettavaa. Lisäksi voi viedä vuosia ennen kuin transdiagnostinen tutkimus tuo diagnostiikkaan uusia työkaluja.

Yhdistämällä ulottuvuus- ja kategoriastrategioita saatettaisiin yksilöllistää sekä arviointia että hoitoa. Tekoäly saattaa tuoda mielenkiintoista antia hoitojen yksilöllistämiseksi (22). Tiedot koneisiin syöttää kuitenkin ihminen havaitsemansa kärsimyksen ja sen kuvauksen perusteella. ●

[English summary](#) | www.laakarilehti.fi | in english

Developing classification of psychiatric diseases Comparing ICD-11 and DSM-5

JYRKI KORKEILA
Professor
University of Turku

Developing classification of psychiatric diseases

Comparing ICD-11 and DSM-5

The American Psychiatric Association and WHO have coordinated the development of their classification systems, but there are still some quite distinctive differences in the hierarchical structure, nomenclature and diagnoses that have been incorporated in the manuals. DSM-5 was published in 2013 already and aimed to make a fairly extensive reform based on neuroscientific data. However, the attempt did not result in expected deliverables and furthermore the Board of Trustees of the APA rejected some of the central dimensional proposals. ICD-11 was published in June 2018, but the beta draft has been online since summer of 2016 and it has been updated many times.

Both classification systems have abandoned schizophrenia subtypes and a separate class of disorders of childhood onset. The term Asperger syndrome has been removed and replaced by autism spectrum disorder. Anxiety disorders, trauma- and stress-related disorders, obsessive compulsive disorders and disorders manifesting as somatic symptoms have been classified separately in both systems with some differences in nomenclature. Prolonged grief disorder, gaming disorder and compulsive sexual behaviour disorder are included in ICD-11 but not in DSM-5.

Future frontline research strategies will, however, use dimensional measures and data-driven analyses and will focus on how certain factors add up to a mental disorder or its dimension as an outcome. This could facilitate personalization of diagnosis and treatment.

Liitetaulukko 1.

ICD-11 ja DSM-5-järjestelmien mielenterveyden häiriöiden pääluokat ja esimerkkejä muutoksista

ICD-11 (päiväys 28.10. 2018), luku 06	DSM-5
<p>Keskushermoston kehitykselliset häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Älyllisen kehityksen häiriöt • Autismitikijon häiriö, Asperger-nimike poistettu <p>Skitsofrenia ja muut ensisijaisesti psykoottiset häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skitsofrenian alaryhmät on poistettu • Skitsofreniassa on arvioitava kuusi oireulottuvuutta: positiiviset ja negatiiviset oireet, mielialaoireet, psykomotoriset ja kognitiiviset oireet <p>Katatonian sisältää mm.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muuhun mielenterveyden häiriöön liittyvä katatonia • Lääkehoitojen aiheuttama katatonia <p>Mielialahäiriöt: 1) kaksisuuntaiset ja niihin liittyvät mielialahäiriöt, 2) masennusoireiset häiriöt (depressive disorders)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tyyppin 2 kaksisuuntaisen mielialahäiriö • Masennuksen tämentäjinä: melankolia, ahdistusoireet, vuodenajan mukainen vaihtelu, synnytyksen jälkeinen alkua 	<p>Keskushermoston kehitykselliset häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Älyllisen kehityksen häiriöt • Autismitikijon häiriö, Asperger-nimike poistettu <p>Skitsofreniaspektri ja muut psykoottiset häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skitsofrenian alaryhmät on poistettu • Katatonian psykoottisuuden tämentäjinä <p>DSM-5:ssä ei pääryhmätason vastinetta</p>
<p>Ei ryhmätason vastinetta</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICD-11 sisältää stressihäiriöissä pitkittyneen suruhäiriön <p>Ahdistus- ja pelko-oireiset häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lapsuudessa alkavat ahdistuneisuushäiriöt luokitellaan samaan pääluokkaan aikuisten häiriöitten kanssa <p>Pakko-oireiset ja niihin liittyvät häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varastoimishäiriö (hoarding) • Hypokondria • Hajuistaistiin liittyvä suhteuttamishäiriö 	<p>Kaksisuuntaiset ja niihin liittyvät mielialahäiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edellytyksenä mielialan kohoamisen ja toimeliaisuuden/energisyiden lisääntyminen diagnosoimiseen luotettavuudelle tärkeää • Ahdistuneisuus tämentäjä • Sekamuotoisuus edellyttää kolmea vastakkaisen mielialahäiriön kriteerioiretta <p>Masennusoireiset häiriöt (depressive disorders)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suru poissulkukriteerinä poistettu <p>Ahdistuneisuushäiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lapsuudessa alkavat ahdistuneisuushäiriöt luokitellaan samaan pääluokkaan aikuisten häiriöiden kanssa <p>Pakko-oireiset ja niihin liittyvät häiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varastoimishäiriö (hoarding) • DSM-5 ei luokittele hypokondriaa pakko-oireiseksi häiriöksi