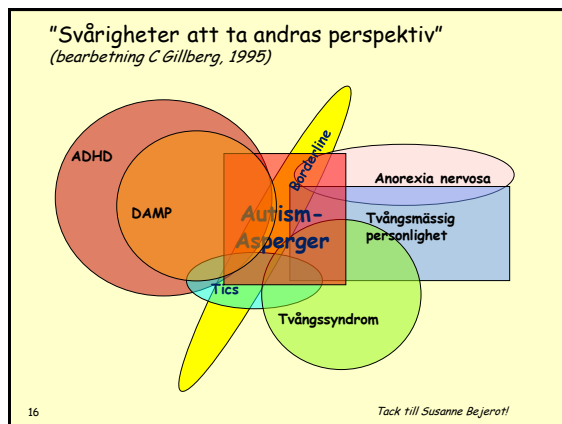
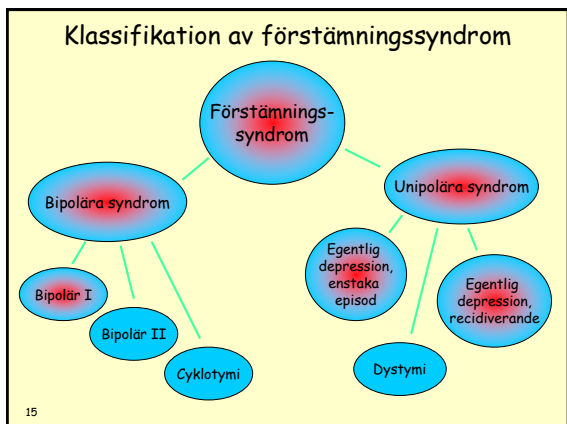
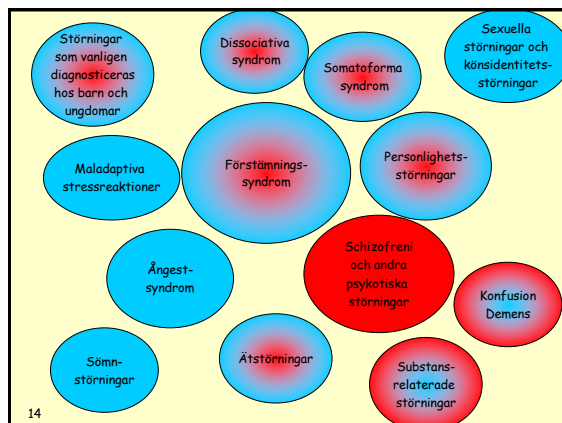
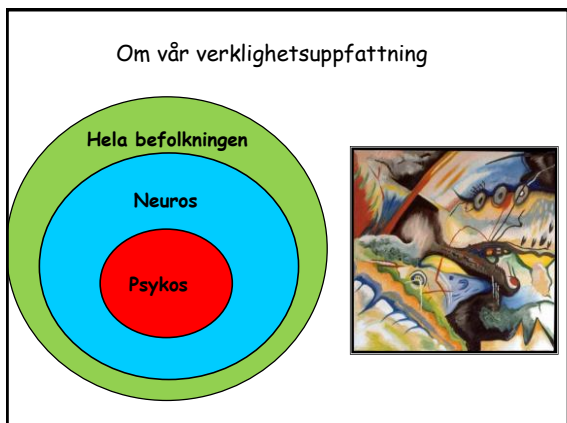


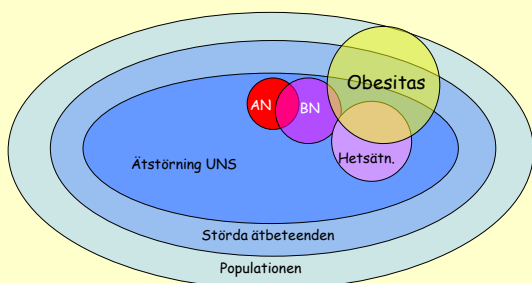


Tidigare diagnostik


- Ursinne
- Tungsinne
- Svagsinne
- Melankoli
- Mani "sans delirium"
- Mani "avec delirium"
- Demens
- Idioti
- Homosexualitet
- Neuros
- Persona patologica
- Moralisk brist
- Moraliskt sjuka
- Moraliskt imbecill
- Abnorm personlighet
- Karaktärsabnormitet
- Tidig karaktärsstörning
- Moralisk färgblindhet
- Karaktärsbrist
- Manipulativ personlighet



Toppen på isberget...



17



"Nya" sjukdomar?

- Spelberoende
- Utbrändhet
- Trötthetssyndrom
- Utmattningssyndrom
- Fibromyalgi
- Elöverkänslighet
- Amalgamöverkänslighet
- SBS, "sick building syndrome"
- Mobil- och mastskräck

18

Några närliggande begrepp

- Utbrändhet
- Burn-out
- Urladdad
- Utmattningssyndrom
- Maladaptiv stressreaktion
- Utmattningsdepression
- Egentlig depression med utmattningssyndrom
- Reaktiv depression

Använd gärna någon av dessa!



19

Stressutlöst psykisk ohälsa

Typ av stress	Typ av ohälsa
Akut och livshotande	Akut stressyndrom (duration mindre än en månad) Posttraumatiskt stressyndrom (> en månad)
Långvarig stress, utan återhämtning	Stressreaktion (lindrig) Maladaptiv stressreaktion (måttlig) Utmattningssyndrom (svår) Somatisk sjukdom, t ex hjärtsjukdom
Långvarig stress, med personlig förlust/kränkning	Utmattningsdepression
Akut personlig förlust/kränkning, utan föregående långvarig överbelastning	Anpassningsstörning Maladaptiv stressreaktion "Reaktiv" depression
Överbelastning inom vårdande yrke, med oförmåga att ge god vård/hjälp	Utbrändhet , "burnout" Ev. "wornout" (vid mindre prestationsbaserad självkänsla)

20

Diagnostik - av vad?

Sjukdom - vad avses?

- Psykisk sjukdom?
- Psykisk störning?
- Allvarlig psykisk störning?
- Psykisk sjuklighet?
- Psykisk ohälsa?
- "Mår dåligt"

Krävs för diagnos:

- Symtom enligt kriterielista
- Lidande eller funktionsinskränkning



En bra diagnos ska vara



• Reliabel

- Den diagnostiska proceduren leder till samma resultat för olika bedömare och vid olika tillfällen.

• Valid

- Diagnosen avspeglar en verklig sjukdomskategori. Diagnosen mäter vad den är avsedd att mäta.

22

Varför diagnos?

1. Kommunikation - vi vet vad vi pratar om.
2. Internationell samstämmighet i bedömningen.
3. Samla, systematisera och värdera information.
4. Preliminär diagnos, efterhand fördjupad bild.
5. Vägledning för adekvata vårdinsatser.
6. Kvalitetssäkra behandlingen.
7. Ibland en förutsättning för att kunna bli frisk.
8. Patienten kan söka stöd och information, hitta andra med liknande besvär samt ta hjälp av intresseföreningar.
9. Prognostisk bedömning.
10. Krävs ibland för samhällsstöd (t ex LSS).
11. Underlättar forskning och utvärdering av olika behandlingsmetoder.
12. Statistik.



23

Varför diagnos?

- Diagnostik handlar om att **samla, systematisera och värdera information** som indikerar ohälsa.
- Snabb preliminär diagnos, efterhand fördjupad bild.
- Syftet är att ge **vägledning i behandlingsarbetet** och att underlätta en **prognostisk bedömning**.
- **Kommunikation**
 - Inom vården
 - Med försäkringskassan och socialtjänsten
 - Med patienten
- **Kvalitetssäkra behandlingen**
 - Vårdprogram och riktlinjer
 - Samma behandling oavsett vem man träffar
- **Forskning och utvärdering av olika behandlingsmetoder**
- **Statistik**

24

Finns det risker med diagnoser?

1. Har missbrukats som ett politiskt repressivt instrument (t ex Sovjet)
2. En del upplever diagnosen stigmatiserande.
3. Patienten tycker diagnosen är missvisande och känner sig inte förstådd. Är patientens syn på sitt lidande och behandlaren diagnos kongruenta?
4. Pseudoexakthet
 - Kriterierna är dikotoma.
 - Diagnossystemets kriterier och symtom är uttryck för samliga åsikter vid en viss tidpunkt. Var tid har sina diagnoser.
 - Patientens symtom filtreras genom och tolkas av en annan.
 - Bedömningen och diagnosen grundar sig till syvende og sidst i bedömningar och värderingar.
 - Den objektiva, vetenskapliga observatören är en myt. Bedömare och bedömd påverkar varandra.

25

Tack till Torgny Gustavsson, BUP Kronoberg!

Finns det risker med diagnoser?

5. Patientens tillstånd är mer komplext och mångfacetterat än diagnoserna.
6. Felaktiga idéer om tillståndets uppkomst.
7. Människan ses som en trasig apparat.
8. Människan reduceras till sin diagnos.
9. Man identifierar sig med sin diagnos.
10. Risk för "klientbeteende" och sekundärvinstsökande.
11. Risk att vi inte ser och hjälper patienten med det han upplever viktigast, t ex smärtsamma relationer och existentiella svårigheter.

26

Tack till Torgny Gustavsson, BUP Kronoberg!

Finns det risker med diagnoser?

12. Många studier och är gjorda på patienter med renodlade tillstånd som är ovanliga i den kliniska vardagen.
13. Många vårdprogram och behandlingsrekommendationer utgår från dessa studier på icke helt representativa patienter.
14. Hur ser vi på den som lider men inte "uppfyller kriterierna", och vilken hjälp får han?
15. Vår yttersta uppgift är inte att ställa diagnos utan att hjälpa patienten reducera eller leva med sitt lidande.

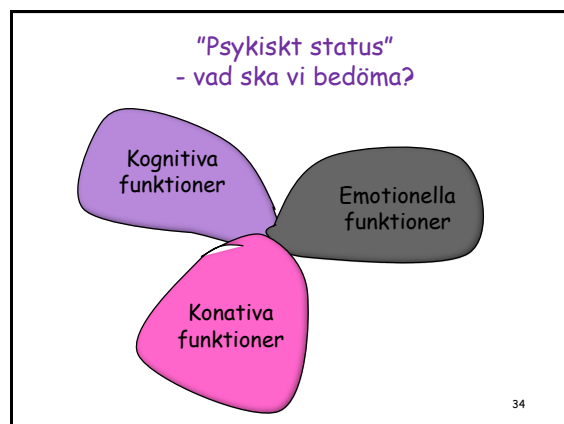
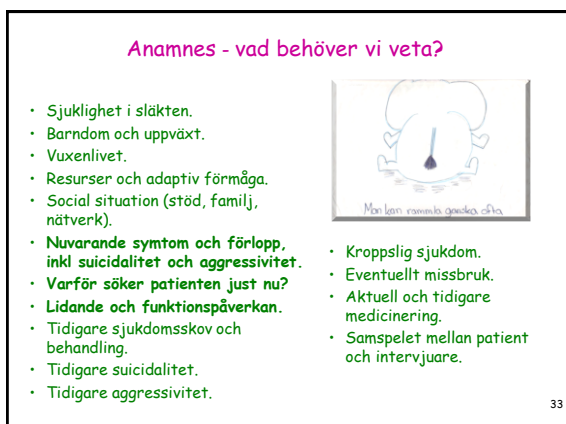
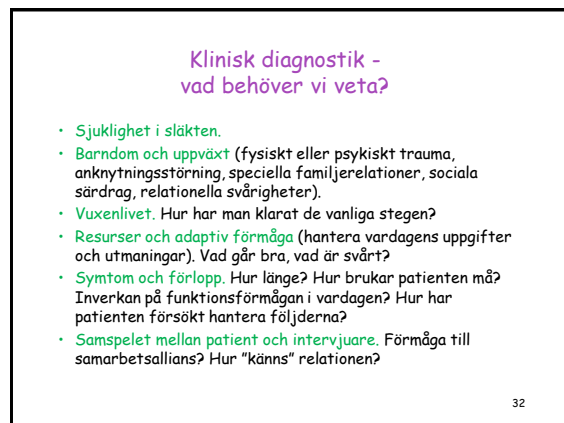
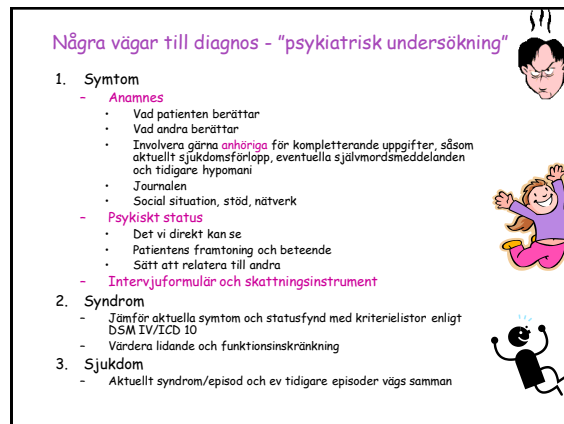
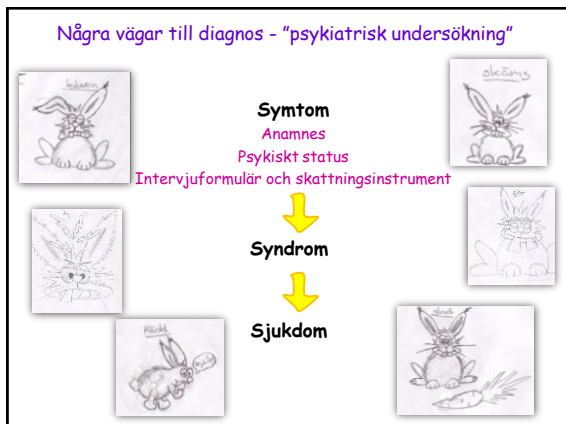
27

Tack till Torgny Gustavsson, BUP Kronoberg!

Hur märker man att någon är psykiskt sjuk?



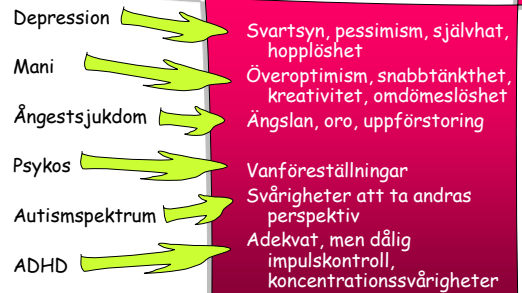
Svar: det märker man ofta inte alls!



Psykiska funktioner

- **Kognitiva funktioner** - rörande minne, perception, språk, tänkande och kunskapsbearbetning
 - Medvetandeförändringar
 - Tal- och språkförändringar
 - Förändringar i **tankeprocessen** / formella tankestörningar
 - Förändringar i **tankeinhållet**
 - **Perceptionsförändringar**
 - **Minnesförändringar**
 - Förändringar i **intelligensfunktionen**
- **Konativa funktioner** - rörande **vilja och motorik**
- **Emotionella funktioner** - rörande **känslolivet**

Förvrängt tänkande



36

1. Hur ser patienten ut?
- Hur är han klädd?
- Missbrukstecken?
- Skärskår på handlederna?
- Avmagerad?

2. Fullt vaken?

3. Fullt orienterad?

4. Intellektuella funktioner
- Minne?
- Begäring?

5. Gör han fullgod kontakt?
- Formellt?
- Emotionellt?

6. Sinnesstämning
- Neutral?
- Säkert, irriterat, dysfoniskt?
- Förhöjd, euforisk, irriterat, expansiv, grandios?

7. Affekter
- Labila, avtrubbade, inadekvata?
- Orörlig, ångestfylld?
- Hotfull, aggressiv?

8. Motorik och mimik
- Motorisk oro, rastlös?
- Hämmad motorik och mimik?

9. Tal
- Fördägligt, enstavigt, stackato, svarslatens, idéfattigt?
- Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?

10. Hur tänker patienten?
- Koncentrationssvårigheter?
- Innehållsfattigt?
- Lösa associationer, tankeflykt, splittråd?
- Tankestopp?
- Tankesträngsel?
- Förbisvar?

11. Vad tänker patienten?
- Depressivt tankeinhåll?
- Grandiosit tankeinhåll?
- Övervärdiga idéer?
- Vanföreställningar?
- Tvångstankar?

12. Perceptionsstörningar
- Illusioner?
- Hallucinationer?

13. Självmoedsbenägenhet?
- Livslöda, hopplöshet, dödsönskan, självmordstankar, självmordstipsar, självmordsförsök?

14. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

Vad kan vi iakttaga?

37

Ett psykiatriskt status bör som regel minimum innehålla uppgift om:

- Vakenhet
- Orienteringsgrad
- Kontaktförmåga
- Stämning
- Psykostecken
- Suicidtankar/handlingar
- Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation
- Samt alla *avvikelser* gällande övriga variabler - står inga sådana noterade antas de ej föreligga

Tal- och språkförändringar

- Latens i talet / svarslatens
- Ökat / forcerat talflöde
- Afasi - dysfasi
- Dysartri
- Mutism

39

Förändringar i tankeprocessen / tankeprocessstörningar / formella tankestörningar

- Neologism / ordnybildning
- Innehållsligt utarmat tal / innehållslöst tal
- Perseveration
- Uppluckrade associationer
- Tankeflykt / idéflykt
- Klangassociationer
- Tankesträngsel
- Förbisvar
- Tankestopp / tankepar
- Splittring

40

Förändringar i tankeinhållet

1. Vanföreställningar / tankevillor

- Stämningkongruenta psykotiska drag / stämningssyntyma psykotiska drag
 - A. **Depressiva vanföreställningar**
 1. Hypokondriska idéer
 2. Försynelseidéer.
 3. Ringhetsidéer.
 - B. **Grandiosa / megalomana** vanföreställningar
- Stämninginkongruenta psykotiska drag

41

Förändringar i tankeinhållet

1. Vanföreställningar / tankevillor

- Paranoida och paranoiska tillstånd
- Övervärdig idé
- Primär vanföreställning
- Sekundär vanföreställning
- **Bisarr** vanföreställning
- **icke-bisarr** vanföreställning
- Passivitetssupplevande och påverkanssupplevelser / influensfenomen / **styrningsupplevelser**
- **Hänsyftningsidéer**
- Hänsyftningsparanoia

42

Förändringar i tankeinhållet

1. Vanföreställningar / tankevillor

- **Tankedetraktion**
- **Tankepåättning**
- **Tankeutsändning** ("broadcasting")
- **Magiskt tänkande**
- **Förföljelseparanoia** (persekutorisk paranoia)
- **Svartsjukeparanoia**
- Erotomani
- **Somatiska** vanföreställningar
- **Dysmorfofobi**
- Dysmorfofoparanoia

43

Förändringar i tankeinhållet

2. Anankasmer / tvång

- **Tvångstankar** / obsessioner
- **Tvångshandlingar** / kompulsioner

44

Perceptionsförändringar

- **Illusion**
- **Hallucination**
 - Hörselhallucinos
 - Synhallucinos
 - Lukthallucinos
 - Smakhallucinos
 - Känselhallucinos / taktill hallucinos
 - Somatisk hallucinos

45

Hörselhallucinos

- A. Personen hör **röster** som högt **uttalar hans tankar**.
- B. Personen upplever sig som ett subjekt kring vilket **röster argumenterar och diskuterar**. Personen diskuteras i tredje person.
- C. Röster **kommenterar personens handlingar** kontinuerligt. Beskriver handlingarna just då de äger rum.
- D. Imperativa hallucinationer är liktydigt med **befallande röster**. Dessa kan uppmana personen att företa sig saker och ting, i extremfall att ta livet av sig själv eller någon annan.
- E. **Musik**. Penetrera alkoholkonsumtionen! Kan även föreligga vid epilepsi och andra organiska störningar, samt vid schizofreni.
- F. Hypnagogiska hallucinationer förekommer vid insomnitet och hypnopompa hallucinationer vid uppvaknandet. Normalpsykologiskt.

46

Minnesförändringar

- Amnesi
- Stört närminne
- Konfabulering
- Flashback
- Déjà vu
- Jamais vu

47

Förändringar i intelligensfunktionen

- Nivåsänkning

48

Medvetandeförändringar

- Förändrad medvetandegrad / **vakenhetsstörning**
- Klarhetsstörning / konfusion / **förvirring** / omtäckning / delirium / grumlat medvetande
- Dissociativa störningar ("spaltat medvetande")
- Konversionssymtom

49

KONATIVA FUNKTIONER

Konativa funktioner

Hämning / psykomotorisk hämning

1. Kognitiv hämning
2. Emotionell hämning
3. Konativ hämning
4. Psykomotorisk hämning

Agitation / psykomotorisk agitation / excitation

Katatoni
Stupor

51

Konativa funktioner

- Kataplexi
- Sterotypa rörelser
- Negativism
- Ekolali
- Ekopraxi
- Akatisi

52

EMOTIONELLA FUNKTIONER

Observerade förändringar

- Affekt
 - Begränsade affekter
 - Avtrubbade affekter
 - **Flacka** affekter
 - **Inadekvata** affekter
 - **Labila** affekter
 - Affektinkontinens

54

Observerade förändringar

- Emotion
- **Stämning** / grundstämning / sinnesstämning
 - Sänkt grundstämning
 - Melankoli
 - Förhöjd grundstämning
 - Grandiositet/megalomani
- **Ångest**
- Autism / **självförsjunkenhet**

55

Rapporterade förändringar

- Oro
- **Ångest**
- **Panikattack**
- Fobi
- Eufori
- **Depersonalisation**
- **Derealisation**
- Ambivalens
- Dysfori

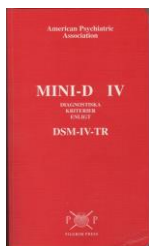
56

Diagnostik

1. ICD-10 (1997) International Classification of Diseases

(Samt ICF, klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa)

2. DSM-IV (1994) Diagnostic and Statistical Manual



57

Diagnostik

- ICF
 - Klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa
 - Ingår i "ICD-10-familjen"
 - Hälsoklassifikation
 - Klassificerar "person i situation"

58

Vad är psykiska funktionshinder?

- Nedsatt funktion inom viktiga livsområden
- Varaktighet
- Sjukdom, störning, svårigheter av psykiatrisk typ

DSM-IV, axel I och II:

- Kriteriebaserat - specificerat antal symtom av viss svårighetsgrad.
- Funktionsstörning och/eller lidande.



60

DSM-IV

- DSM-IV Grundades på ytterligare 150 litteraturöversikter och tolv fältstudier med över 6 000 intervjuer.
- **Multiaxial, fem axlar** -> gynnar den kliniska helhetsbilden.
 - Olika axlar för psykiatriska sjukdomar och personlighetsstörningar.
- Lättillgängliga **kriterier för samtliga syndrom**.
- **Pedagogiskt utformad** med bl a beslutsträd och mycket information om användandet.
- **Diagnostiken blir dock aldrig bättre än kvaliteten på den använda informationen!**
- **Ordlista**.
- Finns "översättning" till ICD-10 för alla DSM-IV diagnoserna.

61

Att förstå psykisk sjukdom

DSM diagnostisk och statistisk manual

- Axel I:** Kliniska syndrom
- Axel II:** Personlighetsstörningar, mental retardation
- Axel III:** Kroppslig sjukdom/skada som bidrar till symtombilden
- Axel IV:** Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter
- Axel V:** Global funktionsförmåga (GAF)

62

Varför kriterier för diagnos?

- DSM-IV innehåller **tydliga beskrivningar** av de diagnostiska kategorierna.
- Detta uppnås med hjälp av **konkreta, väl definierade och mätbara kriterier** för varje diagnos.
- Ett kriterium anses uppfyllt när det föreligger på **kliniskt signifikant nivå**.
- Symtombilden ska också ha förelegat under en viss **minimitid**.
- Leder till **bättre överensstämmelse** mellan olika bedömare.
- Både kliniker och forskare kan därför **diagnostisera, kommunicera om, studera och behandla** personer med olika psykiska störningar.

63

DSM-III (1980) och DSM-IV (1994)

Målsättningar

- **Komma ifrån hypoteser om orsaken.**
- **Kriteriebaserat** (axel I och II).
- Stöd för faktainsamling och bedömning.
- Pålitligare och distinktare diagnostik.
- Empiriskt tillvägagångssätt vid konstruktionen.
- Ökad kommunicerbarhet.
- Underlätta kopplingen mellan forskning och klinisk psykiatri.

Grunder

- **5 "axlar"** -> gynnar den kliniska helhetsbilden.
- Lättillgängliga kriterier för samtliga syndrom.
- För diagnos krävs **funktionsstörning** och/eller **lidande**.
- Diagnostiken blir dock aldrig bättre än kvaliteten på den använda informationen!
- Pedagogiskt utformad.
- Ordlista.
- Finns "översättning" till ICD-10 för alla DSM-IV diagnoserna.

64

Målsättningar DSM-III (1980) och DSM-IV (1994)

- Stöd för **faktainsamling och bedömning** vid den psykiatriska undersökningen.
- Komma till rätta med **oklarheter och bristande reliabilitet i den psykiatriska diagnostiken**, bl a med kriteriestödd diagnostik.
- Öka psykiatriska diagnosers **kommunicerbarhet**.
- Underlätta kopplingen mellan **forskning och klinisk psykiatri**.
- Komma ifrån **hypoteser om orsaken**, och istället fokusera på vad man faktiskt såg. Vissa **undantag** finns dock:
 - Organiska och substansinducerade tillstånd
 - Posttraumatiskt stressyndrom
 - Maladaptiv stressreaktion
 - Vissa somatoforma syndrom
 - Kortvarig psykos med/utan utlösande faktor

65

Diagnostik enligt DSM-IV

- Skilj på **episod och syndrom/sjukdom**.
- **Symtom + aktuellt sjukdomsförlopp + anamnes -> diagnos**.
- Involvera gärna **anhöriga** för komplettering av anamnes, såsom aktuellt sjukdomsförlopp, suicidriskbedömning, eventuell hypomani m m.
- Använd gärna **skattningsskalor**, t.ex. MADRS eller PHQ-9, M.I.N.I.
- Existerande kriterielistor är inte heltäckande och man har rätt att ställa diagnos trots att de formella kriterierna inte är uppfyllda.

66

Begränsningar

- Prövningen av kriterier förutsätter att man fått **utförlig, tillförlitlig och relevant information** om symtomet.
- **Intervjuarens skicklighet** är därför av stor betydelse.
- En diagnos enligt DSM är **otillräckligt som underlag för att planera behandlingen**.
- Man behöver en **bredare bedömning** av patienten än den rent diagnostiska - adaptiv förmåga, copingstrategier, försvarsmekanismer, behandlingsmotivation, relationskapacitet, socialt nätverk osv.
- Man ska inte göra sig till bokstavslav under kriterierna. Intervjuarens bedömning är det avgörande.

67

Svårighetsgrad och förloppsspecifikationer:

- Lindrig, måttlig eller svår.
- I partiell remission, i fullständig remission eller tidigare diagnos.

Exempel på diagnostisk redovisning:

Axel I: 296.32 Egentlig depression, recidiverande, måttlig
 305.40 Missbruk av sedativa, hypnotika eller anxiolytika
 Axel II: 301.83 Borderline personlighetsstörning
 Antisociala personlighetsdrag
 Axel III: 881.02 Skärsår vänster handled
 Axel IV: Utslängd hemifrån av sambo
 Axel V: Aktuell GAF = 45

68

Hur ställer man diagnosen egentlig depression?

De vanligaste symtomen vid depression

- nedstämdhet
- minskat intresse eller minskad glädje
- aptit- eller viktpåverkan
- sömnstörning
- agitation eller hämning
- brist på energi
- känslor av värdelöshet
- nedsatt koncentration eller obeslutsamhet
- tankar på död och självmord

Hur mycket besvär?

- minst 5 av 9 symtom varav
- minst ett av symtomen måste antingen vara nedstämdhet eller brist på intresse eller glädje
- symtomen förekommer dagligen, eller så gott som dagligen
- symtomen har förelegat under minst två veckor

Samt: Symtomen förorsakar ett kliniskt signifikant lidande för patienten eller en nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan eller av något annat viktigt funktionsområde.

69

Ange också

- Svårighetsgrad (lindrig/måttlig/svår)
- Psykotiska drag
- Melankoliska drag
- Årstidsrelation
- Postpartumdebut
- Korta svängningsperioder
- Remission mellan perioderna



Exempel, axel 1:

"Egentlig depression, recidiverande, svår, med stämningskongruenta psykotiska symtom, med melankoli, i partiell remission, utan årstidsvariation"

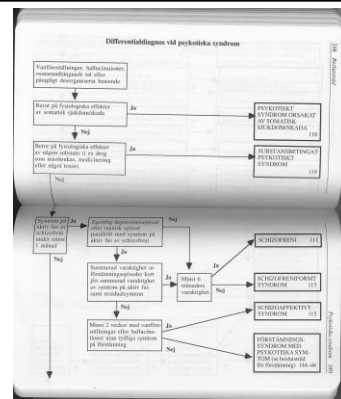
70

Axel 1

- Kliniska syndrom (samtliga)
- Andra tillstånd som kan vara i fokus för klinisk utredning och behandling
- V71.09: ingen axel 1-störning föreligger
- 799.9: mer information behövs innan axel 1-diagnos kan ställas

71

"Beslutsträd"



Axel 2

- Personlighetsstörningar
- Mental retardation
- Framträdande maladaptiva personlighetsdrag och försvarsmekanismer
- Egen axel -> missar ej lika lätt dessa tillstånd
- V71.09
- 799.9

73

Axel 3

- Aktuella somatiska tillstånd som är potentiellt relevanta för förståelsen av personens psykiska störning
- Anges enligt ICD-10
- Avsikten även här att uppmuntra ett helhetstänkande i bedömningen
- Om den psykiska störningen bedöms vara en **direkt fysiologisk följd** av det somatiska tillståndet skall diagnosen psykisk störning orsakad av somatisk sjukdom anges på axel 1, samtidigt som det somatiska tillståndet anges på både axel 1 och axel 3

74

Axel 3, exempel

- Axel 1: 309.0 Maladaptiv stressreaktion med nedstämdhet som en reaktion på diagnosen bröstcancer
- Axel 2: 799.9 Diagnos på axel 2 ej fastställd
- Axel 3: C50 Malign tumör i bröstkörtel
- Axel 4:
- Axel 5:

75

Axel 4

- Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter
- Vanligen anges det som förekommit det senaste året
- Kategorier: Problem i primärgruppen, den sociala miljön, skolan, arbetet, boendet, ekonomin, sjukvård, kriminalitet etc

76

Axel 5

- Global skattning av funktionsförmåga, "GAF-skattning"
- Text aktuell, vid utskrivningen, senaste året
- Numera tudelad skala där man bedömer funktion (socialt och yrkesmässigt) och psykiska symtom var för sig
- 1-100 poäng, se exempel
- Op = otillräcklig information

77

Undergrupper

Text vanföreställningssyndrom:

- Erotomani
- Storhetsvansinne
- Svartsjukesparanoia
- Förföljelseparanoia
- Sjukdomsparanoia
- Blandad form
- Ospecificerad form

78

Specifikationer

- Text social fobi:
 - Generaliserad form
- Egentlig depression
 - Med melankoli

79

Svårighetsgrad och förloppsspecifikationer

- Lindrig
 - Måttlig
 - Svår
- } Kriterierna *fin* uppfyllda
- I partiell remission
 - I fullständig remission
 - Tidigare diagnos
- } Kriterierna *inte* längre uppfyllda

80

Huvuddiagnos / anledningen till besöket

Vid samtidig diagnos på axel 1 och axel 2 antas axel 1-diagnosen vara huvuddiagnos om ej annat anges

81

Provisorisk diagnos

- Tillräcklig information föreligger ännu inte
- Varaktighetskravet ännu ej uppfyllt

82

UNS-kategorier

- Varje diagnosklass har minst en UNS-kategori
- Bedömningen svår/otillräcklig, symtomen "stämmer" inte helt, oklar etiologi osv

83

Diagnossystem; DSM-IV och ICD-10

- Bygger på operationella definitioner.
- De operationella definitionerna baserar sig dock på **förekomst eller frånvaro** av specifika psykiska symptom.
- Vårdgivaren är den som har att gå igenom alla symtomen
 - för att finna och bekräfta patientens misstänkta diagnoser.
 - för att säkert utesluta alla andra tänkbara diagnoser.



84

Strukturstöd för informationsinsamling

1. Egenbedömningsinstrument
 - DIP-Q
 - MADRS-S
2. Intervjumanualer
 - MINI
 - SCID-I
 - MADRS
3. Kombinerade egenbedömningsinstrument och intervjumanualer
 - Prime-MD
 - SCID-II

85

Några vanliga skattningsinstrument

Depression

- MADRS + MADRS-S
- PHQ-9
- BDI

Ångest

- Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD
- CPRS-5-A
- Social Phobia Anxiety Scale
- BOCS

Mani

- MDQ
- HCL-32

Missbruk/beroende

- AUDIT/DUDIT

ADHD och Asperger

- ASRS-VI.I
- Conners formulär
- Formulär A

Psykos

- BPRS
- PANSS
- GAF symptom
- GAF funktion

Demens, kognitiv svikt

- MMT

Suicidrisk

- MINI suicidriskbed
- SSI
- SIS

86

Syften med psykiatriska skattningsskalor

- Screening
 - Upptäcka misstänkta fall av ett visst tillstånd. T ex PHQ-9, MDQ.
- Diagnostik
 - Skala eller intervjuetod för att fastställa om en viss diagnos föreligger eller ej. T ex SCID, MINI.
- Mätning av symtomdjup
 - Symtomet föreligger eller ej?
 - Mätning av symtomens/tillståndets djup. Hur deprimerad?

Se Behandling av depressionssjukdomar (SBU 2004) sid 48-55, för utmärkt översikt.

Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge!

87

Varför psykiatrisk skattnig?

- Screening, diagnostik, mäta symtomdjup.
- Bättre stringens vid diagnossättning.
- Möjlighet att utvärdera vald behandling.
- Större möjlighet till framgångsrik behandling.
- Tydlig uppföljning för patienten.
- Pedagogiskt verktyg för patienten att förstå sin sjukdom.
- Möjlighet att kvalitetssäkra behandlingen.
- Kan spara tid.

Psykiatrisk skattning - åsikterna går isär

Mot:

- Tidskrävande
- Stör kontakten
- Känns onaturligt

För:

- Sparar tid, rätt använd
- Ger värdefull information
- Patienten är vanligen positiv, uppfattar skattning som ett uttryck för omsorg och intresse
- Hjälper patienten med struktur, överblick och ger ett språk
- Ger möjlighet till kommunikation och feedback
- Visat att kan ha en positiv terapeutisk effekt

89

Psykiatrisk screening

I de regionala vårdprogrammen för SLL finns rekommenderat ett antal screeningfrågor för några vanliga tillstånd.

Exempel, depression:

- Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?
- Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?

90

Screeningfrågor för depression och ångestsjukdomar

- Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?
- Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?
- Att göra bort sig eller verka dum, hör det till Dina värsta rädslor?
- Undviker Du aktiviteter eller andra sammanhang om Du risikerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
- Är Din rädsla att göra bort Dig så stor att Du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?
- Tvåttar Du Dig mycket fastän Du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?
- Kontrollerar Du upprepat spisen eller att Du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
- Måste Du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?
- Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?
- Är Du ständigt orolig?
- Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?
- Har Du upplevt övergående perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärtklappning, andnöd eller yrsel?
- Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?
- Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?

Screeningfrågor för ångestsyndrom

Källa: Regionala vårdprogrammet för Ångestsjukdomar. Sammanställt av: Aina Lindgren, koordinator för Ripp Ångestsjukdomar inom NSP

Screeningfrågor för paniksyndrom:
1. Orödbesvär du återkommande upplevde panikattacker (attackbesvär påkommande ångest med ex. hjärtklappning, svettning, damning, upplevelse av andnöd, flämmande, yrsel, rädsla att mista kontrollen/bli löst etc.)
 2. Har du den senaste månaden varit förgäp för att få nya attacker, oroad dig för vilka konsekvenser ångestattacken kan få, förändrat ditt beteende pga attackerna?
 Om patient svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med screening för agorafobi:
 "Är du rädd för att befinna dig i situationer som kan vara svåra att lämna vid en panikattack?
 -Undviker du vissa situationer till följd av panikattacker, att händer ut med stort obehag?"

Screeningfrågor för social fobi:
(Social Phobia Inventory - SPI)
 1. Är du rädd för att göra bort dig eller verka dum, hör det till dina värsta rädslor?
 2. Undviker du aktiviteter eller andra sammanhang om du risikerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
 3. Är din rädsla att göra bort dig så stor att du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?
 Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
 -Differentialdiagnos (MINI-SCID II) och fortsätt interjuv om social fobi, frågeformulär LSAS

Screeningfrågor för tvångssyndrom:
1. Tvånar du dig mycket fastän du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?
 2. Kontrollerar du upprepat spisen eller att du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
 3. Måste du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt?"
 Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
 -Interjuv kring bildsläpning/funktionsnedsättning, frågeformulär BCCS

Screeningfrågor för GAD:
1. Oroar du dig onödigt mycket för bagateller?
 2. Är du ständigt oroad?
 3. Är du kroppsligt spänd nästan varje dag?
 Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
 -Bedömning av funktionsnivå GAD, skattning- och självskattningsskattning för symptomupplevelse och livskvalitet ex. PSWQ, MANSA

Screeningfrågor för PTSD:
1. Har du varit med om någon viktig händelse, som fortfarande stör dig/besvärar ditt liv?
 2. Händelsen kan man gå vidare till mer specifika frågor, där patienten direkt tillågs om den varit utsatt för eller utsatt för
 3. Övergrepp, rån, olyckor eller andra händelser som hotat den egna eller andras fysiska integritet.
 Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande: SCID-intervju, frågeformulär ES-R

	Ja	Nej	Verst
So 1. Att göra bort sig eller verka dum, hör det till Dina värsta rädslor?			
So 2. Undviker Du aktiviteter eller andra sammanhang om Du risikerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?			
So 3. Är Din rädsla att göra bort Dig så stor att Du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?			
T1. Tvånar Du Dig mycket fastän Du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?			
T2. Kontrollerar Du upprepat spisen eller att Du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?			
T3. Måste Du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?			
T4. Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?			
T5. Är Du ständigt orolig?			
T6. Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?			
T7. Har Du upplevt övergående perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärtklappning, andnöd eller yrsel?			
VSp 1. Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?			
So 1. Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?			
So 2. Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?			
So 3. Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?			
So 4. Har Du under de senaste två veckorna haft tankar på självsvikelse som en möjlig utväg?			
So 5. Har det under det senaste året fött att Du eller någon annan tycker att Du dricker mer alkohol än vad som känns är lämpligt?			
A1. Tycker Du att Du har så mycket tankar kring mat och Ditt stände att det ibland kan kännas påbjudt för Dig?			
M1. Har Du någon gång haft en period om minuter till några dagar då Du känt Dig så lös eller spänd att till exempel att andra tycker att Du inte varit Dig själv, eller att Du varit så speokvavd eller energisk, att Du kommit i svängigheter på någon sätt?			

"Frågor om Ditt välbefinnande"

Frågor om Ditt välbefinnande (psykiatri)

Det är vanligt att våra patienter har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. För att minska risken för att "missa" viktiga besvär som kanske pågår Dig - med risk för att Du inte får bästa möjliga behandling - ber vi Dig att fylla i detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har tillit på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

Frågor om Ditt välbefinnande (vårdcentral)

Det är vanligt att människor som besöker vårdcentralen har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. Vårigen har det om ångest och nedslämdhet. För att lättare upptäcka om Du är en av många som är drabbad av dessa mycket vanliga besvär ber vi Dig att fylla i detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har tillit på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

Namn: _____
 Datum: _____

tack för Din medverkan!

"Nyckel" till frågorna (ja-svar)

• So 1 - 3	• Misstänk	social fobi
• T1 - 3	• "	tvångssyndrom
• G1 - 2	• "	generaliserat ångestsyndrom
• Pa 1	• "	paniksyndrom (med / utan agorafobi)
• A/Sp 1	• "	agorafobi (med / utan paniksyndrom), specifikt fobi eller social fobi
• Po 1	• "	maladaptiv stressreaktion, akut stressreaktion eller posttraumatiskt stressyndrom
• D 1 - 2	• "	depression / dystymi
• Su 1 "	• "	suicidrisk. Diskutera omgående med läkare!
• B 1	• "	alkoholproblem
• Å 1	• "	ätstörning
• M1	• "	hypomani/mani/bipolär sjukdom

Vem är det som skattar?

"Expertskattning"

- Tidskrävande
- Kräver samskattning
- "Objektiva" (men vem är egentligen experten?)
- Tråkigt

Självskattning

- Tidsbesparande
- Påverkas av många patientfaktorer
- Ibland bristande samstämmighet med expertskattning; självskattningen då vanligen högre/sjukare
- Fungerar ibland sämre vid vissa tillstånd (melankoli, psykos, mani, grav personlighetsstörning)

95

Begränsningar

- Strukturerade diagnosskalor är inte bättre än det underliggande diagnostiska systemet.
- Kräver utbildning och träning.
- Inga "undermedel" som löser diagnostiskt svåra fall. Rätt använd hjälper den oss att bli bättre kliniker - klinisk diagnostisk kunskap avgörande. Varning för övertro på skalor.
- Passar ej alla patienter.

Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge!

96

Hur är en kriteriebaserad diagnos i DSM-IV uppbyggd?

- Symtomkriterium
- Tidskriterium
- Konsekvenskriterium
- Uteslutningskriterium

Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge!

97

Syfte med diagnostiska skalor

- Stöd i den diagnostiska processen.
- "Checkliste-funktion" för att inte glömma diagnoser och kriterier.
- Öka samstämmigheten mellan olika bedömare.
- Kvalitetssäkra kliniskt arbete och forskning.
- Utbildning i psykiatrisk diagnostik.

98

Några vanliga instrument för depressionsskattning

MADRS / MADRS-5

Nära DSM-IV's kriterier. Mest använt på senare år.

BDI

Övervikt för frågor om självbild.

Hamilton (HAMD / HDRS)

Många fysiologiska symtom.

HAD

Fokuserar på ett symtom; glädje- och intresseförlust.

PHQ-9

DSM-IV symtomen rakt av.

99

Program för psykiatrisk skattning vid NSP 2007

- **Allmänna**
 - MINI (SCID-I)
 - GAF-s och GAF-f
 - CGI-S och CGI-I
- **Livskvalitet**
 - MANSA
- **Missbruk**
 - AUDIT
 - DUDIT
- **Depression**
 - PHQ-9
 - MADRS
 - MADRS-5
- **Bipolär sjukdom**
 - MDQ
 - LAJO depression
 - LAJO mani
- **Psykos**
 - VAS livskvalitet
 - VAS patientupplevda besvär
 - ADL-skala
 - UKU biverkningskala
 - UKU consat
 - BMI och bukomfång
 - OCAIR
 - CAN
 - QLS
- **Ångest**

100

Förslag till skattningsinstrument för allmänläkare

- MADRS + MADRS-S
- PHQ-9
- HAD eller CPRS-S-A
- Social Phobia Anxiety Scale
- BOCS
- MDQ eller HCL-32
- AUDIT/DUDIT
- GAF symtom
- GAF funktion
- Conners formulär eller ASRS-VI.I
- Formulär A
- MMT
- MINI suicidriskbed (s. 8)

101

Exempel på diagnostik enligt DSM-IV, förstämningssyndrom:

Hur ställer man diagnosen egentlig depression?

Depression påverkar de flesta av människans funktioner

- tänkande
- känsloliv
- viljeförmåga
- varseblivning och tolkning av verkligheten
- självbild
- energinivå
- sömn
- aptit



103

Depressionsklassifikation

~~Endogen-exogen
Endogen-psykogen
Endogen-reaktiv
Endogen-neurotisk
Autonom-reaktiv
Neurotisk-psykotisk
Primär-sekundär
Agiterad-hämrad~~

Unipolär -
bipolär

Med eller utan
melankoli

104

Vad ÄR depression?

- En normal känsla (*emotion*)?
- Ett normalt stämningssläge (*mood*)?
- Ett syndrom?
- En sjukdom?

Tack till professor Marie Åsberg!

105

"Depressionstrappa"

"Naturlig" nedstämdhet, "okomplicerad sorg"



Krisreaktion / livskris



"Maladaptiv" stressreaktion



Egentlig depression



Egentlig depression med melankoli/psykos

107

Hur ställer man diagnosen egentlig depression?

De vanligaste symtomen vid depression

- nedstämdhet
- minskat intresse eller minskad glädje
- aptit- eller viktpåverkan
- sömnstörning
- agitation eller hämning
- brist på energi
- känslor av värdelöshet
- nedsatt koncentration eller obeslutsamhet
- tankar på död och självmord

Hur mycket besvär?

- minst 5 av 9 symtom varav
- minst ett av symtomen måste antingen vara nedstämdhet eller brist på intresse eller glädje
- symtomen förekommer dagligen, eller så gott som dagligen
- symtomen har förelegat under minst två veckor

Samt: Symtomen förorsakar ett kliniskt signifikant lidande för patienten eller en nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan eller av något annat viktigt funktionsområde.

108

Kvinnors och mäns depressioner

Kvinnor

- Relationsproblem, förluster
- Nedstämdhet
- Hämning
- Självanklagelser
- Hjälpökande

Män

- Statusförlust, kränkning
- Aggressivitet
- Utagerande, missbruk
- Avvisande
- Suicidalitet

Tack till Björn Mårtensson!

109

"Manlig depression"

- Sänkt stresstolerans
- Utagerande
- Aggressivitet med bristande impuls kontroll
- Antisocialt beteende
- Missbruksbenägenhet
- Depressivt tankeinnehåll
- Oftare suicid
- Sämre insikt om sitt hjälpbehov
- Mer sällan kontakt med sjukvården
- Sämre compliance beträffande olika behandlingsstrategier

110

Är depression en kvinnosjukdom?

Högre sjuklighet bland kvinnor än bland män...

...men

- männen glömmet oftare tidigare depressioner
- män söker mindre gärna hjälp
- män dricker oftare alkohol
- andelen deprimerade män ökar i hela västvärlden
- ökar gör också självmorden bland unga män

Tack till Björn Mårtensson!

111

Ange också

- Svårighetsgrad (lindrig/måttlig/svår)
- Psykotiska drag
- Melankoliska drag
- Årstidsrelation
- Postpartumdebut
- Korta svängningsperioder
- Remission mellan perioderna



Exempel, axel 1:

"Egentlig depression, recidiverande, svår, med stämningkongruenta psykotiska symtom, med melankoli, i partiell remission, utan årstidsvariation"

112

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV, kriterium A

- A. Fem eller fler av följande symtom (se tabellen på nästa sida) har förelegat under en och samma **tvåveckorsperiod**. De har också inneburit en **förändring** jämfört med hur individen tidigare fungerat. Minst ett av symtomen måste antingen vara (1) **nedstämdhet** eller (2) **brist på intresse eller glädje**.

113

Hur *många* symtom och hur *mycket* besvär behövs för diagnos?

Egentlig depression enligt DSM 4

- minst 5 av 9 symtom varav
- minst ett av symtomen måste antingen vara nedstämdhet eller brist på intresse eller glädje
- symtomen förekommer dagligen, eller så gott som dagligen
- symtomen har förelegat under minst två veckor

114

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV, kriterium A /2

För symtom 1-8 gäller också att de måste förekomma **dagligen, eller så gott som dagligen**. Symtom som uppenbart beror på en **kroppslig åkomma** eller på stämningssinkongruenta (dvs som **inte** rör temata vanliga vid förstärkningsyndrom, som otillräcklighet, skuld, sjukdom eller välförtjänt straff) **vanföreställningar** eller **hallucinationer** ska inte beaktas här.

115

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV, kriterium B

B. Symtomen uppfyller **inte** kriterierna för en Blandad episod (Mixed Episode). (Vid en sådan uppvisar patienten under åtminstone en veckas lopp så gott som dagligen **samtidigt** en symtombild som vid **egentlig depression** som vid en **manisk episod**).

116

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV, kriterium C

C. Symtomen förorsakar ett **kliniskt signifikant lidande** för patienten eller en **nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan** eller av något annat viktigt funktionsområde.

117

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV, kriterium D

D. Symtomen beror inte på några direkta effekter av **kemiska substanser** i någon form, t.ex. av drogmissbruk eller något läkemedel, eller av något **somatiskt tillstånd** som t.ex. hypothyroidism.

118

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV, kriterium E

E. Symtomen förklaras **inte** på bättre sätt av en **normal sorgereaktion**; dvs efter förlusten av en närstående får inte symtomen kvarstå mer än 2 månader, den kliniska bilden får inte heller karakteriseras av en framträdande funktionsnedsättning, av sjuklig upptagenhet av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

119

Diagnostik av affektiv sjukdom enligt DSM-IV

1. Förstämningsepisod
2. Förstämningssyndrom
3. Specifikationer (olika för olika syndrom)

120

Diagnostik av affektiv sjukdom enligt DSM-IV

Affektiva diagnoser erhålles genom att kombinera en eller flera **förstämningsepisoder** till **förstämningssyndrom** och sedan lägga till **eventuella specifikationer**.

Utifrån den/de **förstämningsepisoder** som föreligger eller har förelegat väljs mest passande **syndrom**, som sedan preciseras ytterligare genom val av lämpliga **specifikationer**.

121

1. Förstämningsepisod

- Egentlig depressionsepisod
- Dystymi
- Manisk episod
- Blandepisod mani / depression
- Hypoman episod

122

2. Förstämningssyndrom

- Egentlig depression
- Dystymi
- Depression UNS
- Bipolär 1
- Bipolär 2
- Cyklotymi
- Bipolärt syndrom UNS
- Förstämningssyndrom orsakat av...(organisk orsak)
- Substansbetingat förstämningssyndrom
- Förstämningssyndrom UNS

123

3. Specifikationer

Exempel, egentlig depression med specifikationer:

- Enstaka/recidiverande
- Svårighetsgrad
 - lindrig
 - måttlig
 - svår utan psykotiska symtom
 - svår med psykotiska symtom
- Utan psykotiska symtom
- Med psykotiska symtom
 - stämningkongruenta
 - stämninginkongruenta
- I partiell/fullständig remission

124

3. Specifikationer

Exempel, egentlig depression med specifikationer (forts):

- Kronisk
- Med/utan melankoli
- Med/utan atypiska symtom
- Med/utan postpartumdebut
- Med/utan årstidsrelaterat mönster
- Med/utan korta svängningsperioder

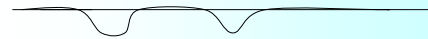
125

Ange också:

- Svårighetsgrad (lindrig/måttlig/svår)
- Psykotiska drag
- Melankoliska drag
- Årstidsrelation
- Postpartumdebut
- Korta svängningsperioder
- Remission mellan perioderna

126

Recidiverande egentlig depression
= Unipolär affektiv sjukdom



Bipolär sjukdom typ I
inkl mani



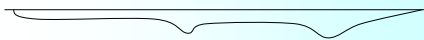
Bipolär sjukdom typ II
inkl hypomani



Tack till Bo Runeson!

127

En långvarig depression



Dystymi

- Nedstämd större delen av dagen de flesta dagar minst två år
- Minst två depressionssymptom d v s lindrigare symptomnivå
- Kan fördjupas till egentlig depression
- Inga maniska eller hypomana episoder

128