

The background features a large, abstract shape in the center, colored in a light pink or rose hue. This shape is set against a background of two main colors: a vibrant red on the left and a deep blue on the right. The overall composition is minimalist and modern.

PSYKIATRISK EGENBEDÖMNING

(CPRS-S-A)

*En självskattningsskala
för ångest- och depressions-syndrom*

*Pär Svanborg
Marie Åsberg*

Inledning

Denna skrift vänder sig i första hand till specialister i allmänmedicin men även till psykiatrer och andra behandlare inom psykiatrin, särskilt inom öppenvården där olika yrkeskategorier under medicinskt överinseende har ett eget behandlaransvar. Syftet är att belysa vikten av att vissa vanliga och ospecifika symtom noggrant penetreras i samband med anamnesupptagande, då de kan vara uttryck för vanligt förekommande men tyvärr också vanligen underdiagnostiserade psykiatriska tillstånd som ångestsyndrom och depressioner. Faktorer som stör den diagnostiska processen diskuteras och olika försök inom den psykiatriska forskningstraditionen att komma till rätta med sådana problem berörs kort. En patientsjälvskattningsskala, "Psykiatrisk egenbedömning" (CPRS-S-A), som utvecklades vid Psykiatriska kliniken vid Karolinska Sjukhuset under slutet av 80-talet, presenteras.

Skalan har under de senaste åren fått en bred användning vid kliniken som ett hjälpmedel i den diagnostiska processen men också som ett instrument för uppföljning av insatt behandling. I slutet av skriften finns praktiska anvisningar för hur "Psykiatrisk egenbedömning" skall användas samt anvisningar hur patientens självskattade symptomprofil kan tolkas i samband med diagnostik av Egentlig depression enligt DSM-IV.

Det är vår förhoppning att skalan kommer till användning även utanför psykiatrin och kan bli ett hjälpmedel till förbättrad diagnostik och behandling av ångestsyndrom och depression.

*Pär Svanborg
överläkare*

*Marie Åsberg
professor, överläkare*

*Psykiatriska kliniken vid Karolinska Sjukhuset
Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri*

Innehåll

Ångest- och depressionssyndrom är folksjukdomar	5
Underdiagnostik är vanligt vid ångest- och depressionssjukdomar	6
Vanliga orsaker till underdiagnostik av psykiska sjukdomar	8
Behov av konsensus och standardisering	12
DSM-systemet	12
Expert- och självskattningsskalor	13
Själv- och expertbedömningar ger kompletterande bilder av syndromet	15
The Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)	16
Psykiatrisk egenbedömning (CPRS-S-A)	18
Psykiatrisk egenbedömning – manual	20
Symptomkurvor	24
Hur ska poängen på subskalorna tolkas?	28
Egentlig depression	34
Egentlig depressionsepisod enl DSM-IV	35
Diagnos och behandling måste hållas isär	38
Affektiva subskalan ur CPRS (CPRS-A)	40

© Pär Svanborg, Marie Åsberg och H. Lundbeck AB, Helsingborg, 1995

ISBN91-630-3451-4

Redaktion/grafisk form: ProMedicus, Lund

Omslagsbild och illustrationer: Anders Holmqvist

Repro/tryck: Duro Grafiska, Malmö, 1995

Ångest- och depressionssyndrom är folksjukdomar

Flera psykiatriska sjukdomar är så vanliga att de med fog kan kallas folksjukdomar. Detta gäller t.ex. depression och flera ångestsjukdomar som t.ex. paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom (GAD) och tvångssyndrom.

Risken att någon gång under livet utveckla en klinisk depression uppskattas i flera studier till 20% för män resp 40% för kvinnor. En undersökning i Göteborg i slutet av 60-talet visade



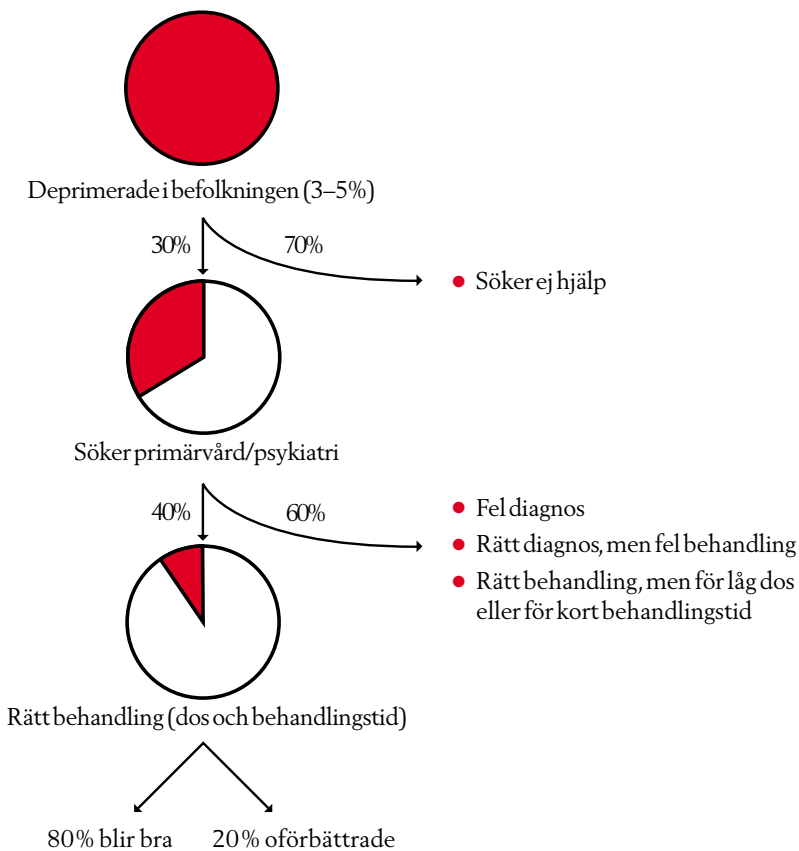
att ca 7% av 800 kvinnor led av depression. Ca 3–4% av befolkningen lider av paniksyndrom, ofta med mer eller mindre uttalade fobier. Det generaliserade ångestsyndromet är sannolikt ännu vanligare. Undersökningar under senare år har visat att tvångssyndrom förekommer mycket oftare (ca 1% av befolkningen) än vad man tidigare trott. Detta tillskrivs bl.a. det faktum att patienter med tvångssymtom i ovanligt hög grad skäms över symtomen, och därför är obenäga att spontant berätta om dem.

Underdiagnostik är vanligt vid ångest- och depressionssjukdomar

Dessa folksjukdomar underdiagnostiseras i hög utsträckning. I en nordisk studie (se fig.) visades att endast ca 1/3 av de personer som lider av klinisk depression söker hjälp. Av dessa får endast 40% korrekt diagnos, medan 60% antingen får fel diagnos, eller rätt diagnos men felaktigt vald farmakologisk behandling, eller rätt diagnos och preparatval, men behandlingen utförs på ett felaktigt sätt (t.ex. för låg dos eller för kort behandlingstid). Problemets omfattning framgår av följande: om vi räknar med en punktprevalens på 4% på 6 miljoner vuxna innevånare i Sverige är cirka 240.000 kliniskt deprimerade. Av dessa skulle alltså endast ca 30.000 få korrekt diagnos och behandling.

Paniksyndrom är ett annat exempel på ett psykiatriskt tillstånd där underdiagnostik är vanligt. Då de framträdande symtomen ofta är kroppsliga har många patienter upprepade gånger sökt medicinakuten för hjärtsymtom eller utretts på öron- eller neurologklinik för yrsel innan de får korrekt psykiatrisk diagnos. Många patienter har haft sina symtom i årtal innan de kommer till psykiatri och där får diagnosen paniksyndrom. Det är därför rimligt att anta att ännu fler aldrig får korrekt diagnos.

Problem vid depressionsdiagnostik/behandling

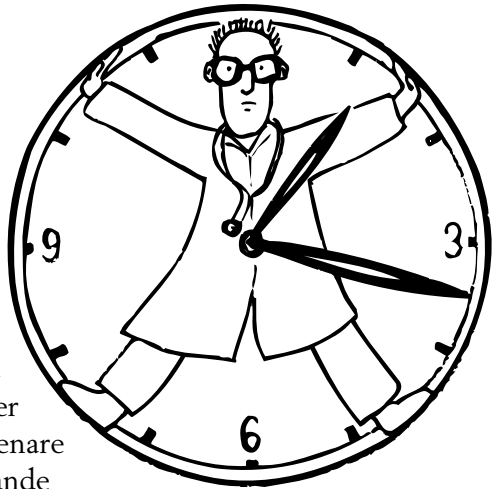


Vanliga orsaker till underdiagnostik av psykiska sjukdomar

Vid avvikande och uppseendeväckande psykiska symtom, som t.ex. hallucinos, bisarra eller paranoida vanföreställningar går varje läkares diagnostiska övertväganden till någon form av psykos. När symtomen är mindre dramatiska och mer vardagliga och ospecifika kan ett flertal faktorer störa en korrekt diagnostik:

1) Läkare arbetar under stress och tidsbrist

Tidsbrist och stress är kanske den vanligaste orsaken till att klinikern bara hinner penetrera de områden, som enligt hans eller hennes erfarenhet mest sannolikt leder fram till korrekt diagnos och därmed en adekvat behandling. Detta kan leda till att vissa diagnoser i bästa fall inte ställs förrän senare i förloppet, efter onödigt lidande för patienten, eller i sämsta fall inte alls.



2) Varje specialitet har sin yrkesspecifika "bias"

De frågor klinikern ställer till sin patient styrs till en del av den egna specialitetens inriktning. Det är t.ex. mer sannolikt att en

patient, som klagar över trötthet, irritabilitet och diffusa kroppsliga obehag bedöms med avseende på diagnosen depression om han vänder sig till en psykiater än till en specialist i allmänmedicin. Det är lika sannolikt att allmänmedicinaren snabbare än psykiatern frågar efter hereditet för thyroideasjukdom, palperar sköldkörteln och tar TSH. Som man ropar, får man som bekant svar.

3) Psykiska sjukdomar har ofta framträdande somatiska symtom

Då både ångest- och depressionssyndromen har framträdande kroppsliga symtom, är det mycket vanligt att de av patienten uppfattas som uttryck för bakomliggande kroppsliga sjukdomar. Patienten vänder sig därför ofta i första hand till somatiska läkare. I den mån ångest, oro och nedstämdhet också är framträdande, uppfattar, och framställer därför ofta, patienten detta som en adekvat psykisk reaktion på det mer konkreta somatiska lidandet.

4) Psykiska belastningar föregår ofta debuten av psykiatriska syndrom

Till normalpsykologin hör att människor reagerar med psykiska symtom på olika typer av psykiska påfrestningar, som t.ex. separationer, förluster och kränkningar. Symtombilden vid en normal sorgereaktion kan således vara mycket svår att skilja från en djup depression. Då många vanliga psykiatriska syndrom utvecklas i samband med påfrestningar uppfattas de i viss mån av patienten – men ofta också av läkaren – som både förklarliga och förståeliga. Detta kan minska patientens benägenhet att spontant rapportera alla sina symtom och läkarens benägenhet att fråga efter fler.

5) Psykiatriska syndrom ger upphov till psykiska konflikter och problem

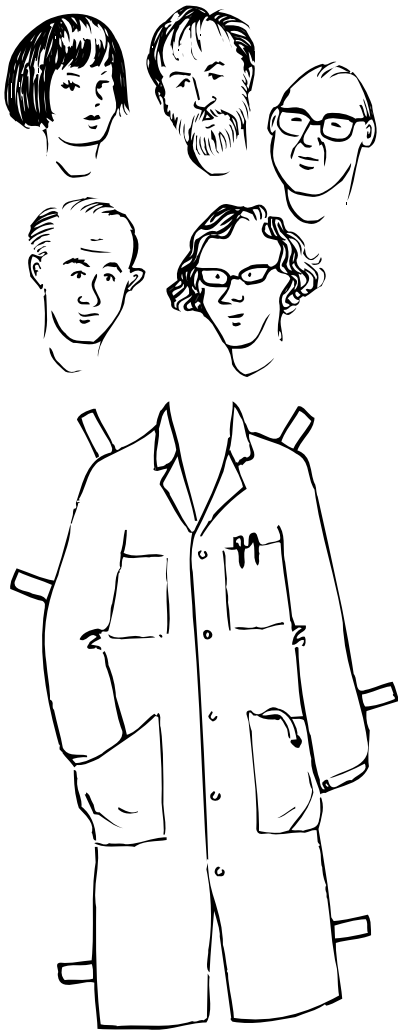
De flesta psykiatriska syndrom ger dessutom, förr eller senare, i sig själva upphov till sekundära problem och påfrestningar. Till depression hör en pessimism och negativism som kan färga patientens autoanamnes, där vardagliga problem och personliga tillkortakommanden uppförstoras och bildar grunden till en pseudoförklaring av tillståndet, som kan vara mycket övertygande för läkaren. Kroniska ångestsyndrom kan ge ett sekundärt missbruk eller fixera människor i patologiska beteendemönster som till sist skymmer den bakomliggande symtombilden.

6) Personligheten färgar bilden av psykiatriska syndrom

Avvikande personlighetsdrag kan "skymma" ett psykiatriskt syndrom. En hysteroid person strävar efter att "hålla masken" även vid en svår depression och läkaren kan därför uppfatta tillståndet som en lätt förstämning eller helt missa diagnosen. En borderlinepersonlighets irritabilitet, instabilitet och agerande förstärks vid depressions- och ångesttillstånd och bedömare kan lätt förbise depressionen, medan personlighetsstörningen framträder desto tydligare.

7) Varje läkare har sin egen personliga "bias"

Doktorer har sin egen, privata nosologi och har aldrig exakt samma inre föreställning om en och samma sjukdom – alla konsensusmanifest till trots. Den som t.ex. anser att suicidtankar bara förekommer vid depressioner frågar inte om sådana hos en patient, som inte ter sig deprimerad. Den som uppfattar alla psykiska symptom som psykologiskt förståeliga, tenderar kanske att mer inrikta sig på förståelsen,



än på ett systematiskt utforskande av symtomens art och grad. Den som en gång fått lära sig att tvångshandlingar är rariteter frågar knappast efter sådana osv.

En inte ovanlig föreställning är också att fastställandet av en psykiatrisk diagnos automatiskt innebär att en viss given behandling måste ges. En del förknippar psykiatriska diagnoser främst med farmakologisk terapi, t.ex. diagnosen Egentlig depression med antidepressiv behandling. I den mån behandlaren eller patienten själv är skeptisk eller negativ till sådan behandling kan detta leda till en obenägenhet att genomföra en diagnostisk utredning.

Ytterst har dessutom varje läkare sin egen unika bakgrund och uppväxt, sin specifika personlighet och sina egna dagsaktuella livsproblem och konflikter som färgar och på ett mer eller mindre medvetet sätt påverkar vad patienten tillfrågas resp inte tillfrågas om.

Behov av konsensus och standardisering

Inom forskningen har man alltid sökt hantera subjektivitetsproblem av det slag som exemplifierats ovan genom att försöka standardisera betingelserna för olika diagnostiska metoder. Inom psykiatrin har detta varit särskilt komplicerat. Historiskt sett har det funnits mycket liten enighet om själva definitionen och avgränsningen av de diagnostiska kategorierna. Det har också jämfört med somatiken funnits få, om några, biologiska parametrar, som klart och entydigt har kunnat relateras till psykiska symtom och syndrom.

DSM-systemet

När American Psychiatric Association 1980 publicerade den tredje versionen av sin diagnostiska manual, DSM-III (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders), fick denna på bara några år en oerhörd genomslagskraft även internationellt, och inte minst i kliniska sammanhang.

För varje syndrom fastställer ett antal experter inom området operationellt definierade kriterier, som måste vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna sättas. Dessa kriterier har successivt utifrån nya empiriska forskningsrön delvis ändrats i manualens senare versioner, DSM-III-R 1987 och DSM-IV 1994.

I manualen bedöms var för sig, på 5 olika "axlar" de psykiatriska syndromen (I), eventuell personlighetsstörning (II), till axel I och II relevant somatisk sjukdom (III), akut och kronisk psykosocial påfrestning (IV) samt global skattning av funktionsförmåga (V). Exempel på DSM-diagnosernas konstruktion finns på s. 35, där DSM-IV:s kriterier för Egentlig depression återfinnes.

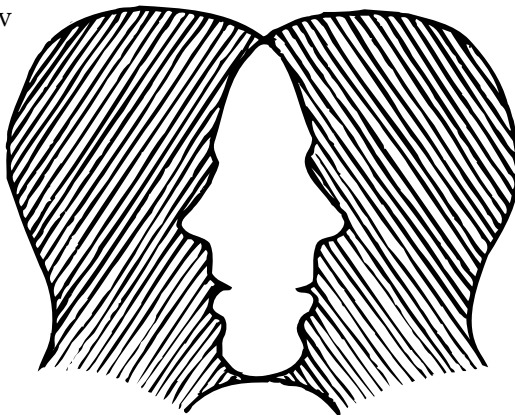
Expert- och självskattningsskalor

I läkemedels- och behandlingsstudier har olika skattningsskalor använts för att få en mer objektiv bild av förekomst och grad av olika symtom vid diverse psykiatriska syndrom. Max Hamiltons skattningsskalor för depression och ångest, HAMD resp HAMA konstruerades t.ex. redan på 60-talet och används fortfarande i många studier. Psykiatrisk skattning är emellertid tidskrävande. I syfte att spara tid har därför under åren ett flertal självskattningsskalor konstruerats, t.ex. Zungs och Becks självskattningsskalor för depression.

Deras värde har dock ifrågasatts av flera skäl. Det viktigaste har varit en bristande överensstämmelse eller konkordans mellan expertskattningar och självskattningar. Patienter tenderar nästan alltid att skatta sig högre, dvs som sjukare, än experter. En orsak till detta anses vara patientens och läkarens skilda referensramar.

Patienten relaterar främst sitt tillstånd till hur han själv mått tidigare, läkaren till sin erfarenhet av ett stort antal andra patienter.

Vids.k. VAS-skalor (visuella analogskalor), där patienten sätter sin markering på en skala mellan t. ex. 1 och 10, utan precisering av vad



varje skalsteg avser, blir skillnaden mellan patient- och expertskattning som störst. Genom att på samma sätt som i DSM-systemet operationalisera symtomen och skalstegen, dvs ge bedömaren konkreta och lättförståeliga anvisningar till vad som avses med symtomet och vilka aspekter av det som särskilt ska beaktas, har man kunnat öka samstämmigheten.

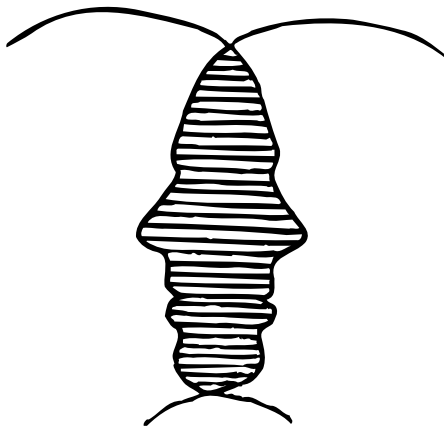
Konkordansen vid självskattningar varierar också beroende på vilket syndrom, och till och med vilken subgrupp av syndrom, en skala avser. Vid psykiska sjukdomar där realitetstestnings-förmågan är nedsatt har värdet av självskattning ifrågasatts. Det kan gälla psykoser men även svåra melankoliska depressioner, där också patientens kognitiva förmåga är påverkad. Värdet av självskattning vid ångesttillstånd anses bättre än vid depressioner. Ett återkommande fynd är att patienter med den äldre diagnosen "neurotisk depression" självskattar sig som mer deprimerade än en grupp patienter med "endogen depression", trots att vana experter bedömer grupperna som lika deprimerade¹. Vissa data talar för att en del av skillnaden kan bero på personligheten hos den som insjuknar, snarare än på typen av depression i sig. I en studie noterades att patienter med avvikande personlighetsdrag, särskilt dramatiserande, agerande och instabila drag, hade en sämre konkordans mellan själv- och expertskattning jämfört med icke personlighetsstörda patienter.

¹ I DSM-III-IV är distinktionen "endogen" och "neurotisk" borttagen. Man talar i stället om "egentlig depression", utan att teoretisera om bakomliggande orsaker. Avvikande personlighetsdrag anges separat på axel II och psykosocial belastning, som sannolikt bidragit till insjuknandet, på axel IV.

Åtminstone vid lätta och måttliga depressioner skulle därför en påtagligt avvikande konkordans kunna ses som en indikator på en bakomliggande personlighetspatologi.

Själv- och expertbedömningar ger kompletterande bilder av syndromet

Sammanfattningsvis kan man därför konstatera att såväl experten/läkaren som patienten har sin egen typ av "bias", när man försöker beskriva och dokumentera vad man ser, hör och upplever. Det finns egentligen inte några absoluta skäl till att betrakta den ena bilden som mer "sann" än den andra. Läkarens och patientens skattningar kan i stället ses som olika gestaltningar av samma underliggande fenomen, t.ex. "depression".



The Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)

CPRS konstruerades i Sverige under 70-talet i syfte att skapa ett instrument för skattning av ett antal psykopatologiska variabler som skulle vara känsliga för förändring i samband med psykiatrisk behandling. Tanken var att skalan skulle kunna användas i sin helhet och då vara mer eller mindre "heltäckande" med avseende på all tänkbar psykopatologi eller kunna användas som en "pool" av variabler eller items, från vilken subskalor för specifika psykiatriska syndrom skulle kunna konstrueras. CPRS innehåller 67 variabler, varav 40 rapporterade och 25 observerade. I två variabler kan dessutom global skattning av sjukdomsgrad resp. skattning av bedömningens tillförlitlighet anges. På samma sätt som i DSM-systemet är varje variabel och varje skalsteg operationellt definierade. Med 4 definierade skalsteg och möjlighet att ange halvsteg blir antalet möjliga nivåer i skattningen 7. I syfte att få konsistens mellan skalstegsdefinitionerna mellan olika variabler användes bredvidstående allmänna graderingsregel i samband med konstruktionen (se tab. s. 17).

Från CPRS har ett flertal subskalor avseende olika psykiatriska syndrom konstruerats. Den mest kända är Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Skalan konstruerades på så sätt att hela CPRS skattades på ett stort antal patienter, vilka enligt expertkonsensus bedömdes ha kliniskt signifikanta depressioner. Ett första urval gjordes bland de variabler som var mest avvikande för gruppen. Av dessa variabler valdes därefter de 10, som normaliserades mest i samband med framgångsrik psykiatrisk behandling, 1 observerad samt 9 rapporterade.

0 frånvaro av symtomet

1 en grad av symtomet som skulle kunna vara en patologisk avvikelse från individens habitualtillstånd eller norm, men inte mer uttalad än att den på gruppnivå skulle kunna vara en normalvariant; t.ex. tillfälliga känslor av oro eller tillfälliga, lättare sömnsvårigheter

2 symtomets grad är så uttalad att det i stort sett alltid måste anses som patologiskt, även på gruppnivå; t.ex. en stark och mer eller mindre kontinuerlig ångestkänsla eller flera timmars sömn mindre per natt än normalt

3 symtomet är maximalt uttalat; t.ex. intensiv, kontinuerlig och närmast outhärdlig ångest och vanda, eller så gott som total sömnlöshet

CPRS-subskalan för ångest, The Brief Scale for Anxiety (BSA) av Tyrer och medarbetare konstruerades på ett identiskt sätt. Skalan innehåller 2 observerade variabler och 8 rapporterade. En liknande skala, för tvångssyndrom, CPRS-OCD-skalan har också konstruerats.

MADRS har sedan sin tillkomst fått en allt större spridning internationellt. I kliniska läkemedelsstudier har den fått komplettera, och på senare tid allt oftare ersätta, Hamiltons depressions-skattningsskala HAMD, i vilken variabler avseende sömnstörning och psykofysiologiska aspekter av depression är relativt sett över-representerade. En fördel med MADRS är att dess variabler nästan till 100% täcker de symtom, som utgör kriterierna för Egentlig depression, definierat i DSM-systemet.

Psykiatrisk egenbedömning (CPRS-S-A)

Konstruktion

Från de 3 CPRS-subskalorna MADRS, BSA samt OCD-skalan konstruerades CPRS-subskalan för affektiva syndrom, CPRS-A, av 18 rapporterade variabler. I MADRS och BSA finns en CPRS-variabel, "ångestkänslor", som täcker både mer fritt flytande ångest och panikkänslor. På grund av vissa nyare rön, som talar för att panikattacker utlöses via en egen, specifik patofysiologisk mekanism delades denna variabel upp i två variabler, panikattacker resp. ångestkänslor. Hela CPRS-A finns i appendix (se s. 40).

CPRS-A omfattar alltså totalt 19 variabler, vilka omformulerades till ett språk avsett att förstås av lekmän². Variablernas benämningar omformulerades också till att vara mindre symtomorienterade; koncentrationssvårigheter (se s. 43) kallas således i CPRS-S-A för koncentrationsförmåga, självmordstankar (se s. 49) för livslust etc. Efter att skalan prövats på ett stort antal patienter, där oklarheter i formuleringarna korrigerades, prövades CPRS-S-A på 30 patienter med depression och ångestsyndrom. Efter att först själva ha fyllt i skalan skattades patienterna sedan av behandlaren enligt CPRS-A. Resultaten visade, med vissa undantag, på en överraskande god konkordans mellan bedömningarna.

² IBSA ingår en variabel, "observerad muskelspänning", som av naturliga skäl inte kan ingå i en självskattningsskala. För att pröva om "rapporterad muskelspänning" skulle kunna ersätta denna ingick denna variabel i den ursprungliga utprovnigen av skalan på deprimerade och ångestpatienter. På grund av låg överensstämmelse mellan själv- och expertskattning utgick denna variabel. För "rapporterad muskelspänning" har det dock rapporterats om god överensstämmelse hos en grupp patienter med kroniska smärt syndrom.

Empiriska data vid utprovning av CPRS-S-A

Korrelationen mellan den sammanlagda poängen i MADRS och BSA och de självskattade subskalorna var generellt mycket hög, ca 0,9. Några variabler, särskilt tvångstankar och tvångshandlingar hade sämre överensstämmelse. Detta berodde sannolikt på att inga patienter med tvångssyndrom deltog i utprovningen men också på att tvångstankar både som fenomen och begrepp också är betydligt mera komplext än vanligt förekommande symtom som t.ex. sömnrörning eller irritabilitet. Då det visade sig att några patienter faktiskt hade tvångssymtom, vilka de inte berättade om vid intervjun men däremot angav vid självskattningen, behölls dessa variabler i skalan, framför allt i screeningsyfte.

Trots god konkordans mellan expert- och självskattning bekräftades fynden från tidigare studier att särskilt patienter med ångesttillstånd tenderar att skatta sig högre, alltså som "sjukare", än vad experternas skattning visar. Detta var särskilt framträdande för vissa variabler, t.ex. oroskänslor, pessimism, oro för hälsan, tvångstankar och kroppsliga obehag. Den sammanlagda poängen för ångestpatienter på både BSA- och MADRS-subskalorna var signifikant högre vid självskattning än vid expertskattning. Deprimerade patienter skattade sig också högre på BSA, medan överensstämmelsen vid MADRS var god. En alternativ förklaring till att ångestpatienter skattar sig själva högre än vad experterna gör skulle alltså kunna vara att experter tenderar att underskatta ångestsymtom hos både ångest- och deprimerade patienter.

Psykiatrisk egenbedömning – manual

1) Psykiatrisk egenbedömning är inte diagnostisk

Då de flesta psykiska symtom är ospecifika, kan ingen symtomskattningsskala, vare sig expert- eller självskattad, ge en diagnos. En diagnos måste alltid ställas efter en klinisk bedömning där livsanamnes, duration, observerat status etc. vägs samman med den aktuella symtombilden. En självskattningsskala ger i bästa fall en bild av de variabler den omfattar, men säger däremot givetvis inte någont om de eventuella psykiska eller kroppsliga symtom, som saknas i skalan. CPRS-S-A bör därför i första hand användas när det finns en misstanke om en diagnos inom områdena depression eller ångestsyndrom.

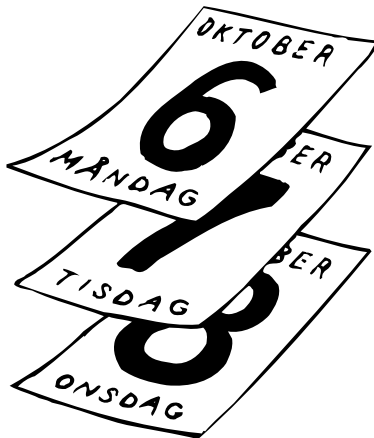
2) Psykiatrisk egenbedömning kan användas i screeningsyfte

Inom psykiatrisk öppenvård finns en lång erfarenhet av skalan i teamarbete. Här är det vanligt att patienter med reaktiv insufficiens och lättare symtomatologi i första hand bedöms och behandlas av teamets paramedicinska medarbetare eller av annan underställd medicinsk personal. Då dessa behandlare traditionellt är mer inriktade på psykologisk förståelse än på psykiatrisk diagnostik kan skalan användas i samband med nybesök som en psykiatrisk screening, som ger den ansvarige läkaren en snabb, differentierad och relativt tillförlitlig bild av patientens symtomatologi.

Det är troligt att CPRS-S-A kan användas som screening-instrument även inom den somatiska vården, t.ex. hos specialisten i allmänmedicin, särskilt vid mer diffusa och oklara fall.

3) Psykiatrisk egenbedömning ger endast en ögonblicksbild av patientens tillstånd, oberoende av orsak

Man bör betona för patienten att skalan endast avser att ge en *aktuell* bild av patientens symtom. I instruktionen till patienten på formulärets första sida anges att bedömningen endast avser de sista tre dagarna. Trots att denna påminnelse därefter återfinns i sidhuvud på varje sida av formuläret är det en fördel om instruktionen muntligt understryks för patienten. En del patienter har mycket genomtänkta teorier om *varför* de mår som de gör, men är i motsvarande grad obenägna att svara konkret på frågor om *huruvida*, och *hur mycket* de faktiskt har problem med basala funktioner som sömn, aptit, sinnesstämning etc. De kan uppfatta skalan som alltför enkel, som något som inte berör frågan om hur de haft det tidigare, hur de är som personer, eller om orsaks-samband. Det kan vara klokt att föregripa sådana invändningar genom att t.ex. säga: "Det här formuläret kan vara till hjälp för mig att få en bättre bild av hur du mått sista tiden, under de senaste tre dagarna. Avsikten med det är bara att få reda på hur *du själv* uppfattar det. Observera att frågorna inte heller handlar om *varför* du mår som du gör, utan bara om hur det faktiskt har varit, oavsett orsak. Vad det kan *bero på* ska vi komma in på senare, när vi klarlagt hur det faktiskt är just nu."



4) Det är viktigt att ge vägledning i hur skalan skall användas

I samband med att patienten får formuläret bör hon eller han få läsa igenom den första sidan tillsammans med någon som är förtrogen med skalan. Längst ner på första sidan finns ett övningsexempel, "Uthållighet", som de flesta i enlighet med instruktionen spontant fyller i. Om inte, bör patienten uppmanas att ta ställning till frågan, för att kontrollera om instruktionen och frågornas konstruktion faktiskt har förståtts. För de flesta är detta inte något problem. Enstaka patienter kan dock behöva ytterligare muntlig vägledning.

När patienten väl förstått syftet med formuläret och dess konstruktion är vår erfarenhet att den absoluta majoriteten av psykiatriska patienter uppfattar självskattningen som uttryck för både omsorg och noggrannhet från behandlarens sida. Med enstaka patienter, t.ex. djupt deprimerade eller paranoida personer där realitetsuppfattningen är störd, kan det vara svårt att komma dithän. Man bör då lägga formuläret åt sidan och i stället koncentrera sig på att etablera en bärande kontakt med patienten. Skalan bör överhuvud taget bara användas när syftet med den är klart för patienten.

5) Psykiatrisk egenbedömning bör användas i didaktiskt syfte

Om möjligt bör man *alltid ge patienten en direkt feedback på självskattningen*, genom att direkt fylla i översiktsprotokollet, räkna ihop poängen på de aktuella subskalorna och gå igenom värdena med patienten. Här finns också möjligheten att på en gång belysa bristande överensstämmelse mellan läkarens egen uppfattning av patienten och dennes skattning. Påtagliga skillnader bör alltid problematiseras:

”Jag ser att du satt en tvåa på tvångshandlingar. Kan du berätta mer om det?” ”Du har markerat 2,5 på livslust, jag uppfattade inte att det var så illa, kan du säga mer om det?”

Ibland visar det sig att patienten missförstått skalan och skattat sig alltför högt, utifrån bedömarens referensram. Då kan man påpeka att det faktiskt skulle kunna vara betydligt värre än det faktiskt är, just i detta avseende, utan att patientens lidande globalt sett ifrågasätts. För de flesta patienter är det en tröst att inse att allt inte är lika illa. Patienten får därigenom en mer differentierad bild av sitt psykiska tillstånd.

Ibland måste i stället bedömarens revidera en felaktig bedömning; patienten hade faktiskt t.ex. tvångshandlingar eller uttalade suicidtankar, vilka nu kan bli föremål för diskussion och vidare utforskande.

Ett övergripande syfte med skalan i kliniskt bruk är alltså att underlätta kommunikationen mellan patient och behandlare, inte att ersätta den.

6) Värdet av självskattning är störst vid upprepad användning

Om Psykiatrisk egenbedömning används vid flera tidpunkter och poängen på subskalorna förs över till översiktsbladet, kan en kurva över symtomnivån ritas upp. Här kan både läkare och patient tydligt se, svart på vitt, om eventuell insatt behandling haft effekt eller ej.

35-årig man med diagnos Egentlig depression

Symptomkurva för man med Egentlig depression. Insättes på citalopram 10 mg × 1 i tre dagar, därefter 20 mg × 1. Han får en liten förpackning 0.5 mg alprazolam att ta 1/2–1 × 2–3 mot ångest och sömnstörning under de första veckorna. Detta återspeglas i något lägre depressions- och ångestpoäng vid återbesök efter två veckor, men han är fortfarande kliniskt depressiv. Vid nästa återbesök efter ytterligare två veckor är han klart förbättrad och har spontant satt ut alprazolam. Har vissa residualsymtom och citalopram höjs till 30 mg × 1. År efter en till vecka ytterligare förbättrad och vid återbesök i slutet av maj helt återställd sedan flera veckor tillbaka.

Egenbedömning: journal

Ifylles (Ifylles ej)
 Ifylles m spec. observans

Pat. stämpel

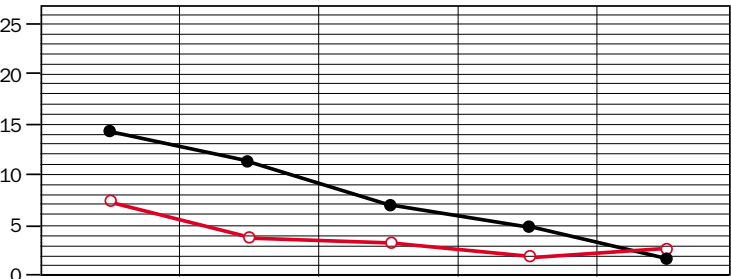
Datum:	930330	930414	930427	930505	930528
SYMPTOM	D Å T	D Å T	D Å T	D Å T	D Å T
1. Sinnesstämning	1,5 1,5	2 2	1 1	0,5 0,5	0 0
2. Oroskänslor	1,5 1,5 1,5	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5	0 0 0	0 0 0
3. Irritation och ilska	1 1	1 1	1 1	0 0	0 0
4. Sömn	1,5 1,5	1 1	0,5 0,5	0,5 0,5	0,5 0,5
5. Matlust	1,5	1	1	0,5	0
6. Konc. förmåga	2 2	1,5 1,5	1 1	0,5 0,5	0,5 0,5
7. Beslutsförmåga	1,5 1,5	1,5 1,5	0 0	0 0	0 0
8. Initiativförmåga	1,5 1,5	1,5 1,5	1 1	1 1	0 0
9. Engagemang	2	1,5	1	1	0,5
10. Pessimism	2	1,5	0,5	0,5	0,5
11. Oro för hälsan	1	0	0	0	0,5
12. Oro för småsaker	0,5 0,5	0 0	0 0	0,5 0,5	0 0
13. Fobier	1	0,5	0,5	0,5	0
14. Tvångstankar	1	0	0	0	0
15. Tvångshandlingar	1,5	0	0	0	0
16. Kroppsliga obehag	1	1	1	0,5	0,5
17. Smärtor och värk	0	0	0	0	1
18. Panikattacker	0	0	0	0	0
19. Livslust	1	1	0,5	0,5	0

SUMMA Dep (D)	14,5	11,5	7	5	2
(poäng) Ångest (Å)	7,5	4	3,5	2	2,5
Tvång (T)	11				

Bruksanvisning

Översiktsbladet används för att registrera självskattningar gjorda på formuläret för psykiatrisk egenbedömning. Fyll i poängsiffran för vart och ett av patientens skattade symptom under dagens datum. De olika symptompoängen kan sedan kombineras till skalor för depression, ångest och tvångssyndrom genom att summera de angivna poängen. Diagrammet kan användas för att åskådliggöra behandlingseffekten.

Depoäng = ● Ångestpoäng = ○ Tvångspoäng = X



26-årig kvinna med diagnos Paniksyndrom

Symptomkurva för kvinna med Paniksyndrom. Insättes på klomipramin 10 mg som trappas upp till 50 mg på 3 veckor, i den takt pat. själv bestämde. Paradoxal ångestförstärkning och fortsatta lättare sömnproblem vid återbesök efter en vecka, trots alprazolam 0.5 mg 1/2-1 x 1-3 vid behov under den första tiden. Dock minskad depressivitet (mer optimistisk och mindre nedstämd, "har fått hopp") vid samma tillfälle. Vid återbesök efter ytterligare två veckor inga panik-attacker längre men har haft "panikkänningar", är nu lite mindre fobisk och mycket mindre ängslig. Pat. är "glad över att kurvorna pekar åt rätt håll" när översiktsbladet förevisas. Har slutat med alprazolam. Vid återbesök efter ytterligare fyra veckor helt panikfri sedan tre veckor, men vågar inte riktigt trotsa fobierna. Får ett träningsprogram och ordinerar i.ö. oförändrad medicinering. Helt återställd efter ytterligare en månads behandling.

Egenbedömning: journal

Ifylles (Ifylles ej)
 Ifylles m spec. observans

Pat. stämpel

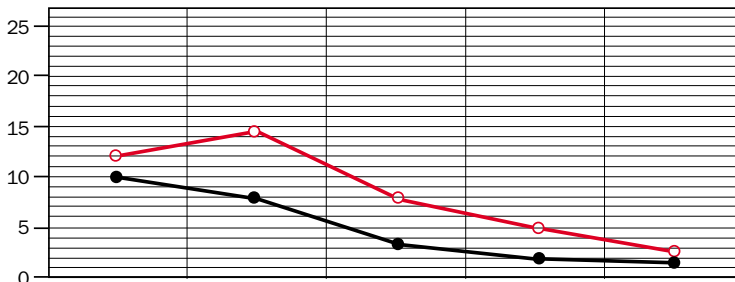
Datum:	930908	930915	931001	931103	931205
SYMPTOM	D Å T	D Å T	D Å T	D Å T	D Å T
1. Sinnesstämning	1 1 1	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5	0 0 0	0 0 0
2. Oroskänslor	1,5 1,5 1,5	2 2 2	1 1 1	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5
3. Irritation och ilska	1,5 1 1	1 1 1	1 1 1	0,5 0,5 0,5	0 0 0
4. Sömn	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	0,5 0,5 0,5
5. Matlust	1 1 1	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0
6. Konc. förmåga	1 1 1	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0
7. Beslutsförmåga	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
8. Initiativförmåga	1 1 1	0,5 0,5 0,5	0 0,5 0,5	0 0 0	0 0 0
9. Engagemang	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0,5 0,5 0,5
10. Pessimism	1,5 1 1	1 1 1	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5
11. Oro för hälsan	2 2 2	2,5 2,5 2,5	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5	0 0 0
12. Oro för småsaker	1 1 1	2 2 2	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5
13. Fobier	2 2 2	2 2 2	1,5 1,5 1,5	1,5 1,5 1,5	0,5 0,5 0,5
14. Tvångstankar	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
15. Tvångshandlingar	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
16. Kroppsliga obehag	1 1 1	1,5 1,5 1,5	1 1 1	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5
17. Smärtor och värk	0,5 0,5 0,5	0,5 0,5 0,5	0 0 0	0 0 0	0 0 0
18. Panikattacker	1,5 1,5 1,5	2 2 2	1 1 1	0 0 0	0 0 0
19. Livslust	1 1 1	1 1 1	0,5 0,5 0,5	0 0 0	0 0 0

SUMMA	Dep (D)	Ångest (Å)	Tvång (T)
10	8	3,5	2
12	14,5	8	5
5,5			2,5

Bruksanvisning

Översiktsbladet används för att registrera självskattningar gjorda på formuläret för psykiatrisk egenbedömning. Fyll i poängsiffran för vart och ett av patientens skattade symptom under dagens datum. De olika symptom-poängen kan sedan kombineras till skalar för depression, ångest och tvångssyndrom genom att summera de angivna poängen. Diagrammet kan användas för att åskådliggöra behandlingseffekten.

Depoäng = ● Ångestpoäng = ○ Tvångspoäng = X



Det successiva tillfrisknandet vid depression eller ångesttillstånd kan tydliggöras. Patient och behandlare hemfaller ibland åt en önskan att vara en "bra doktor" resp. en "duktig patient", trots att patienten de facto inte är nämnvärt förbättrad. En sådan ömsesidig bias kan motverkas genom självskattning. En partiell förbättring framstår som just partiell. Eventuella kvarvarande symtom framträder tydligare när övriga symtom försvinner. En fullständig terapeutisk framgång blir också tydlig. Detta är inte minst viktigt vid behandlingssvikt under ett pågående skov eller vid återinsjuknande i ett nytt skov av sjukdomen, ibland flera år efter föregående behandlingstillfälle. För en återinsjuknad deprimerad patient kan det vara av stort terapeutiskt värde att titta på en kurva över tidigare symtomnivå och lyckat behandlingsförlopp.

Hur ska poängen på subskalorna tolkas?

Människor skiljer sig åt i sitt habitualtillstånd vad gäller olika basala förmågor och funktioner, som t.ex. orosbenägenhet, initiativförmåga, sömnkvalitet, aptit etc. Det är alltså, i statistisk bemärkelse "normalt" att patienter skattar någon eller några poäng på subskalorna, utan att detta är tecken på någon bakomliggande psykiatrisk störning. Många av symtomen i CPRS-S-A rör också funktioner som hos de flesta lätt råkar i olag vid olika typer av reaktiva påfrestningar. Olika existentiella fenomen som livskriser, separationer, adekvat oro för arbetslöshet, sjukdom, närståendes väl och ve etc. kan ge upphov till en adekvat oro, förstämning, sömnproblem, koncentrationssvårigheter osv. Skalan frågar efter symtom utan hänsyn till orsak. Det är till syvende og sidst den ansvarige

behandlarens uppgift att, utifrån en klinisk värdering, bedöma hur poängen på subskalorna ska tolkas. Följande synpunkter bör därvid beaktas:

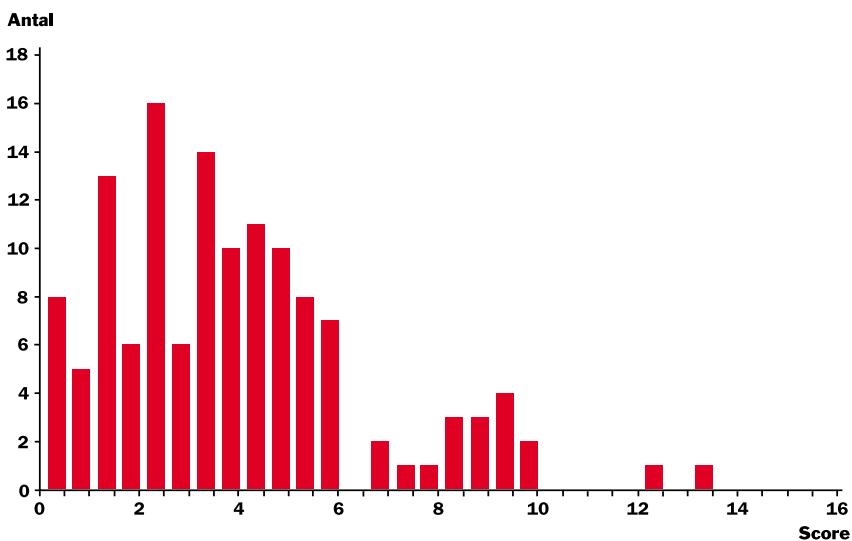
Subskalorna samvarierar med varandra

Då samma symtom ingår i flera subskalor (t.ex. ångestkänslor i alla tre skalorna, sömnstörning i MADRS och BSA-subskalan, nedstämdhet i OCD- och MADRS-subskalan) samvarierar de i hög grad med varandra. Det är också vanligt att patienter med ångestsyndrom skattar sig relativt högt på nedstämdhet, utan att vara kliniskt deprimerade. BSA och MADRS brukar därför oftast följas åt, om än på något olika nivå beroende på diagnos. En hög MADRS-poäng och en något lägre BSA-poäng talar allmänt sett för att diagnosen depression bör övervägas, medan en hög BSA-poäng och lägre MADRS-poäng mer talar för ångestsyndrom med sekundär depressivitet. Då motsatsen kan förekomma måste denna indikator användas med försiktighet.

Total score – brytpunkt

I samband med en föreläsning för apotekspersonal om psykiatrisk skattning ombads auditoriet, 132 personer varav majoriteten kvinnor, anonymt självskatta sig på subskalan motsvarande MADRS. I figuren nedan visas hur poängen fördelades:

MADRS självskattad score



Den absoluta majoriteten, 114 personer (86%), fördelade sig mellan en totalpoäng på 0 till 6. Resterande 18 personer (14%) hade en poäng mellan 6,5 och 13. Medelvärdet för hela gruppen var 3,6 (med en standardavvikelse på 2,6 och medianen 3). Detta förefaller

styrka vår observation från en klinisk population att en totalpoäng på 6 eller mer på depressionssubskalan bör föranleda skärpt diagnostisk observans på depression.

Antal variabler som skattas som 2

Skalsteg 1 i CPRS är konstruerat så att de flesta habituella eller reaktivt utlösta symtom tänks fångas upp här, när man ser till normalvariationen på gruppnivå. Sett på individnivå kan också ett eller flera symtom nå nivån 2 i samband med extrem påfrestning eller belastningar, som individen är särskilt sårbar för. Ju fler tvåor en patient skattar på en subskala, desto mer sannolikt är detta emellertid ett tecken på att någon bakomliggande psykiatrisk störning föreligger. Antalet skattade tvåor i en subskala blir därför en annan indikator på förekomst av ett psykiatriskt syndrom. Tre eller fler tvåor på depressionssubskalan stärker ytterligare misstanken om klinisk depression.

Vilka variabler i subskalan får en avvikande skattning?

Då subskalorna inte är diagnostiska (men väl symtomen valda för att vara särskilt representativa för olika diagnoser) är inte symtomen ”viktade”. I den diagnostiska processen är det annorlunda:

För att *diagnosen tvångssyndrom* ens ska kunna övervägas krävs förekomst av antingen tvångshandlingar och/eller tvångstankar. En patient kan alltså ha hög totalpoäng på OCD-skalan och samtidigt skatta 0 på kärnsymtomen. I ett sådant fall hoppar man lämpligen över summeringen av poängen i skalan.

I DSM-III-R krävs för *diagnosen egentlig depression* att en signifikant nedstämdhet och/eller nedsatt känslomässigt engagemang föreligger, oavsett hur många andra symtom som finns. Dessa två

symtom har alltså diagnostiskt en annan tyngd än de övriga sju i skalan, och om åtminstone en av tre tvåor gäller något av dessa symtom, innebär det en extra signal till behandlaren att överväga diagnosen *Egentlig depression*. Vid depressionsdiagnostik bör givetvis även förekomst av sänkt grundstämning, som den tar sig i uttryck i patientens framtoning, noteras. Har patienten nedsatt mimik, är svår att avlocka ett leende eller i övrigt svår att avleda från negativa aspekter? Denna variabel ingår i den fullständiga MADRS som en *observerad* variabel och informationen fås alltså inte i patientens självskattning.

Vad gäller ångestsuskalan ger den hög poäng vid olika typer av *ångestsyndrom* såsom paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom (GAD) eller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Om den diagnostiska frågeställningen gäller *paniksyndrom* får förstås symtomet panikattacker en relativt stor vikt förutom ångestkänslor. Panikattacker behöver dock inte förekomma dagligen, och kan vid mer kroniska tillstånd ibland maskeras av mer generaliserad ångest. Då skattningen endast avser de senaste tre dagarna kan ibland även patienter med svåra paniksyndrom därför skatta 0 på denna variabel. Vid GAD blir kärnsymtomen oro för småsaker och kroppsliga obehag förutom ångestkänslor särskilt viktiga att notera.

Det är vanligt med flera diagnoser

Ibland får patienter diagnosen depression och behandlas för denna på ett adekvat sätt. Poängen på MADRS-suskalan sjunker snabbt efter några veckor medan BSA-poängen endast sjunker i mindre utsträckning. Detta kan bero på att patienten har ett bakomliggande ångestsyndrom, som föregått men maskerats av depressionen och

som demaskeras av depressionsbehandlingen. Det är med andra ord viktigt att inte glömma att en patient kan ha två eller flera psykiatriska diagnoser.

Krisreaktioner är ofta symtomgivande

Det kan också vara så att patientens depression eller ångestsyndrom utlöstes av en psykosocial belastning och att denna fortfarande kvarstår. Patienten befinner sig psykologiskt sett i en pågående krisreaktion och detta återspeglas ofta i vissa kvarstående symtom. Symtomen brukar nu vara mindre uttalade och mer förståeliga från ett normalpsykologiskt perspektiv.

Egentlig depression

Ett förslag till diagnostisk procedur med Psykiatrisk egenbedömning som utgångspunkt

D) Uppdatera dig på s. 28, "Hur ska poängen på subskalorna tolkas?"
För att kort sammanfatta:

- Om poängen på depressionssubskalan är 6 eller högre,
och/eller

- patienten markerat "2" på tre eller fler variabler i depressionssubskalan,

och/eller

- minst en av dessa "tvåor" avser variabel

1. Nedstämdhet, eller

9. Känslomässigt engagemang,

och/eller

- depressionsmisstanken i övrigt är stark (pat. ter sig t.ex. dämpad, hämmad, mimikfattig, oavledbar etc.):

gå vidare till DSM-IV-kriterierna under A nedan.

II) Vid kriterium A är det viktigt att observera att symtomen i CPRS-S-A-subskalan för depression inte är identiska med DSM-IV-kriterierna för Egentlig depression. De överlappar dock varandra i hög grad.

Variabel 2. Ångestkänslor finns inte med i DSM-IV, men en hög poäng på den bör beaktas vid kriterium A5, psykomotorisk agitation.

Variabel 8. Initiativförmåga kan ge en del information när man tar ställning till kriterium A6 (trötthet eller minskad energi). I övnings-exemplet på första sidan i CPRS-S-A, "Uthållighet", finns kriterium

A6:s direkta motsvarighet, men denna variabel ingår inte i depressionssubskalan.

CPRS-S-A frågar bara efter *minskad* sömn och aptit (vilket är mycket mera vanligt än motsatsen vid Egentlig depression). Om en depressionsmisstanke finns och patienten skattat 0 på variabel 4 eller 5, fråga om ökad sömn eller aptit/vikt samt efter viktnedgång.

III) Intervjua patienten om de symtom som markerats i skalan och ta utifrån din kliniska erfarenhet ställning till om patienten förstått skalan rätt. Fråga om symtomens varaktighet samt om eventuella utlösande faktorer, tidigare nedstämdhetsperioder, tidigare uppvarvning etc. i enlighet med punkterna B–E nedan.

Egentlig depressionsepisod enl DSM-IV*

För att diagnosen Egentlig depression enl. DSM-IV ska kunna ställas krävs att samtliga villkor A–E nedan är uppfyllda.

A. *Fem eller fler* av följande symtom (se tabellen på nästa sida) har förelegat under en och samma *2-veckorsperiod*. 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*. 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 stämningsinkongruenta

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington D.C., American Psychiatric Association, 1994; Detta är en särskild, bearbetad version av motsvarande diagnostiska kriterier i DSM-IV. Tillstånd till publikation endast i denna skrift har medgivits av Pilgrim Press.

DSM-IV, kriterium A 1–9	Motsvarande CPRS-S-A-variabel
<p>(1) nedstämdhet, enligt vad patienten själv berättar (t.ex. ledsenhet eller tomhetskänslor), eller vad andra kunnat observera (t.ex. ”verkar gråtmild”)</p> <p>(2) påtagligt minskat intresse för eller minskad glädje av alla, eller så gott som alla aktiviteter; enligt vad patienten själv berättar, eller vad andra kunnat observera</p> <p>(3) framträdande vikt förlust utan avsiktlig bantning <i>eller viktuppgång, eller minskad eller ökad aptit</i></p> <p>(4) sömlöshet eller ökad sömn</p> <p>(5) psykomotorisk agitation eller hämning (iakttagbart för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller förlängsamning)</p> <p>(6) trötthet eller minskad energi</p> <p>(7) känslor av värdelöshet eller överdrivna eller inadekvata skuld känslor, vilka kan vara av vanföreställningskaraktär; dock ej enbart självanklagelser eller skuld känslor för att ha blivit sjuk</p> <p>(8) minskad förmåga att tänka eller att koncentrera sig, eller obeslutsamhet enligt vad individen själv berättar eller vad andra kunnat observera</p> <p>(9) återkommande tankar på döden (dock ej enbart rädsla för att dö), återkommande suicid tankar utan konkreta planer eller något suicidförsök eller konkreta suicidplaner</p>	<p>1. Nedstämdhet</p> <p>9. Känslomässig engagemang</p> <p>5. Matlust. Obs. inkl. ej ökad aptit eller vikt förändring</p> <p>4. Sömn. Obs. inkl. inte ökad sömn</p> <p>Observerad variabel – kan ej självskattas. Obs. 2. Oroskänslor</p> <p>Belyses delvis i variabel 8, Initiativförmåga</p> <p>10. Pessimism</p> <p>6. Koncentrationsförmåga (7. Beslutsförmåga ingår i CPRS-S-A men inte i depressions-subskalan)</p> <p>19. Livslust</p>

(dvs som *inte* rör temata vanliga vid förstämningssyndrom, som otillräcklighet, skuld, sjukdom eller välförtjänt straff) *vanföreställningar* eller *hallucinationer* ska inte beaktas här.

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*).

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

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

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 psyko-motorisk hämning.

Diagnos och behandling måste hållas isär

Diagnostik och behandling är förvisso förknippade men måste ändå hållas isär. Val av behandling baseras ju förutom syndromdiagnosen även på en mängd andra faktorer. Det kan handla om förekomst av utlösande eller pågående psykosociala stressfaktorer; huruvida syndromet utgör ett förstagångsinsjuknande eller recidiv eller om patientens hälsotillstånd i övrigt; om syndromets svårighetsgrad och eventuella komplikationsrisker, men även om patientens personlighet och preferenser.

En god läkare ser sig som konsult till patienten. Det ankommer slutligen på den professionelle behandlaren att klargöra för patienten vilka olika former av behandling, biologisk och/eller psykologisk, som utifrån den satta diagnosen och utredningen i övrigt kan vara indicierade utifrån "vetenskap och beprövad erfarenhet".



APPENDIX

Affektiva subskalan ur CPRS
(CPRS-A)

Affektiva subskalan ur CPRS (CPRS-A)

(The Comprehensive Psychopathological Rating Scale)*

Denna subskala innehåller items från depressionssubskalan MADRS, ångestsbaskalan BSA och OCD-skalen ur CPRS. Den har sin motsvarighet för självskattning i CPRS-S-A ("Psykiatrisk egenbedömning").

Instruktion till skattaren:

Skattningen bör baseras på en flexibel klinisk intervju. Patienten uppmanas till en början att med egna ord beskriva sitt tillstånd. Därefter kan intervjuaren ställa frågor, till en början öppet formulerade och efter hand mer specifika för att belysa de rapporterade variabler, som inte blivit tillfredsställande täckta.

Den första intervjun i en serie skattningar är på visst sätt en träning både för skattaren och patienten. Det kan därför vara lämpligt att låta den täcka en längre tidsrymd än den som skattningen avser, för att övertyga sig om att frågorna blivit förstådda och ge skattaren tillfälle att sätta sig in i sjukhistorien. Detta kommer att göra det lättare för skattaren att formulera sina frågor i senare intervjuer.

För varje ny skattning bör ett nytt fullständigt skattningsformulär användas.

Bokstäverna inom parentes anger i vilken av de självskattade subskalorna för depression (D), ångest (Å) samt tvång (T) respektive symtom ingår.

* Av Marie Åsberg, Carlo Perris, Daisy Schalling och Göran Sedvall. Den engelska originaltexten finns publicerad i Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl 271, 1978.

Variabelförteckning

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Nedstämdhet (D, T) | 11. Hypokondriska idéer (Å) |
| 2. Ångestkänslor (D, Å, T) | 12. Ängslighet (Å, T) |
| 3. Aggressiva känslor (Å) | 13. Fobier (Å) |
| 4. Minskad nattsömn (D, Å) | 14. Tvångstankar (T) |
| 5. Minskad aptit (D) | 15. Tvångshandlingar (T) |
| 6. Koncentrationssvårigheter (D, T) | 16. Vegetativa störningar (Å) |
| 7. Obeslutsamhet (T) | 17. Smärtor och värk (Å) |
| 8. Initiativlöshet (D, T) | 18. Panikattacker (Å) |
| 9. Minskat känslomässigt engagemang (D) | 19. Livsleda och självmordstankar (D) |
| 10. Depressivt tankeinnehåll (D) | Global skattning av sjukdomsgrad. |

1. Nedstämdhet

Avser uppgift om sänkt grundstämning oavsett om den tar sig yttre uttryck eller ej. Omfattar känslor av sorgsenhet, olycklighet, tungsinhet, hopplöshet och hjälplöshet.

Bedömningen baseras på intensitet, varaktighet och i vilken grad sinnesstämningen påverkas av yttre omständigheter.

Förhöjd sinnesstämning skattas "0".

- | | |
|-----|---|
| 0 | Neutralt stämningsläge. Kan känna såväl tillfällig munterhet som nedstämdhet, alltefter omständigheterna, utan övervikt för ena eller andra stämningsläget. |
| 0,5 | |
| 1 | Övervägande upplevelser av nedstämdhet men ljusare stunder förekommer. |
| 1,5 | |
| 2 | Genomgående nedstämdhet och dyster till sinnes. Sinnesstämningen påverkas föga av yttre omständigheter. |
| 2,5 | |
| 3 | Genomgående upplevelser av maximal nedstämdhet. |

2. Ångestkänslor

Avser känslor av vag psykisk olust, inre oro eller en obehaglig inre spänning, ångest eller vanda, som kan stegras till det outhärdliga. Observera att panikattacker *inte* skattas här, utan under item nr. 19. Patienter som har panikattacker kan också få en hög skattning på item ångestkänslor, men behöver inte få det om de är ångestfria mellan attackerna.

Bedömningen baseras på intensitet, frekvens, duration och behov av hjälp.
Särhålles från nedstämdhet (1) och ångslighet (12).

- 0 Mestadels lugn.
- 0,5
- 1 Tillfälliga känslor av obehaglig psykisk spänning.
- 1,5
- 2 Ständig känsla av inre oro, någon gång så intensiv att den endast med viss svårighet kan bemästras.
- 2,5
- 3 Långdragna ångestkänslor. Överväldigande känslor av skräck eller dödsångest, som ej kan bemästras på egen hand.

3. Aggressiva känslor

Avser upplevelser av retlighet och aggressiva känslor, oavsett om dessa får något uttryck i beteende eller ej. Bedömningen baseras på upplevelsernas intensitet, frekvens och den grad av provokation, som framkallar dem.

Oförmåga att känna vrede skattas "0" (jämför också item 9, minskat känslomässigt engagemang).

- 0 Ingen ökad retlighet.
- 0,5
- 1 Lättare än vanligt att bli irriterad men känslan förflyktigas snabbt.
- 1,5
- 2 Blir överdrivet arg eller ilsken vid provokation.
- 2,5
- 3 Långvarig intensiv ilska, känsla av hat eller raseri, som är svår eller omöjlig att behärska.

4. Minskad nattsömn

Avser uppgifter om minskad sömntid eller sömndjup i förhållande till de ordinära sömnvanorna. Ökad sömn skattas "0" på detta item.

- 0 Sover som vanligt.
- 0,5
- 1 Måttliga insomningssvårigheter eller kortare, ytligare eller oroligare sömn än vanligt.
- 1,5
- 2 Minskad sömntid (minst två timmar mindre än normalt). Vaknar ofta under natten även utan yttre störningar.
- 2,5
- 3 Mindre än två-tre timmars nattsömn totalt.

5. Minskad aptit

Avser upplevelser av att aptiten är sämre än normalt.

- 0 Normal eller ökad aptit.
- 0,5
- 1 Dålig matlust.
- 1,5
- 2 Aptit saknas nästan helt, maten smakar inte, måste tvinga sig att äta.
- 2,5
- 3 Måste övertalas att äta något överhuvudtaget. Matvägran.

6. Koncentrationssvårigheter

Avser svårigheter att samla tankarna eller koncentrera sig. Bedömningen baseras på intensitet, frekvens och i vilken mån olika aktiviteter försvåras.

- 0 Inga koncentrationssvårigheter.
- 0,5
- 1 Tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade vid t.ex. läsning eller TV-tittande.
- 1,5
- 2 Uppenbara koncentrationssvårigheter, som försvårar läsning eller samtal.
- 2,5
- 3 Kontinuerliga, invalidiserande koncentrationssvårigheter.

7. Obeslutsamhet

Avser svårigheter att fatta beslut i enkla valsituationer.

Särhålles från ängslighet (12), tvångstankar (14) och initiativlöshet (8).

- 0 Ingen obeslutsamhet.
- 0,5
- 1 Upplever sig som obeslutsam men kan fatta beslut, när så erfordras.
- 1,5
- 2 Obeslutsamhet, som fördröjer eller eventuellt förhindrar aktiviteter, medför svårigheter att svara på enkla frågor eller välja mellan olika alternativ.
- 2,5
- 3 Utpräglade valsvårigheter t. o. m. i situationer, som vanligen inte kräver ett medvetet beslut (t.ex. sitta eller stå, gå in eller stanna utanför).

8. Initiativlöshet

Avser den subjektiva upplevelsen av initiativlöshet, känslan av att behöva övervinna ett motstånd, innan en aktivitet kan påbörjas.

Särhålles från obeslutsamhet (7).

- 0 Ingen svårighet att ta itu med nya uppgifter.
- 0,5
- 1 Lätta igångsättningsvårigheter.
- 1,5
- 2 Svårt att komma igång även med enkla rutinuppgifter, som kräver stor ansträngning.
- 2,5
- 3 Oförmögen att ta initiativ till de enklaste aktiviteterna. Kan inte påbörja någon verksamhet på egen hand.

9. Minskat känslomässigt engagemang

Avser upplevelser av minskat intresse för omvärlden eller för sådana aktiviteter, som vanligen bereder nöje eller glädje. Subjektiv oförmåga att reagera känslomässigt inför människor eller företeelser i omgivningen.

- 0 Normalt intresse för omvärlden och för andra människor.
- 0,5

- 1 Svårigheter att finna nöje i sådant, som vanligen väcker intresse. Minskad förmåga att bli arg eller irriterad.
- 1,5
- 2 Ointresserad av omvärlden. Upplevelser av likgiltighet inför vänner och bekanta.
- 2,5
- 3 Total oförmåga att känna adekvat sorg eller vrede. Total eller smärtsam likgiltighet och oförmåga att uppleva känslor även för närstående.

10. Depressivt tankeinnehåll

Avser självförelser, självanklagelser, föreställningar om synd och skuld, mindrevärdighet och ekonomisk ruin.

- 0 Inga pessimistiska tankar.
- 0,5
- 1 Fluktuerande självförelser och mindrevärdesidéer.
- 1,5
- 2 Ständiga självanklagelser. Klara, men inte orimliga tankar om synd eller skuld. Uttalat pessimistisk framtidssyn.
- 2,5
- 3 Absurda föreställningar om ekonomisk ruin och oförlåtliga synder. Absurda självanklagelser.

11. Hypokondriska idéer

Avser överdriven oro för den kroppsliga hälsan och orealistiska föreställningar om kroppslig sjukdom. Särhålls från ångslighet (12), smärtor (17).

- 0 Ingen överdriven oro för den egna hälsan.
- 0,5
- 1 Överdriven reaktion på eller föreställning om betydelsen av smärre kroppsliga obehag. Överdrivna farhågor för kroppslig sjukdom.
- 1,5
- 2 Tror sig ha någon kroppslig sjukdom, men kan tillfälligt övertygas om motsatsen.
- 2,5
- 3 Invalidiserande eller bisarra hypokondriska idéer (t.ex. att kroppen ruttar, eller att inte ha haft avföring på månader).

12. Ängslighet.

Avser överdriven ängslighet, tendens att bekymra sig för småsaker och oroa sig i förväg i olika situationer. Bedömningen baseras på intensitet, omfattning och avledbarhet.

Särhålls från ångestkänslor (2), panikattacker (19), depressivt tankeinnehåll (10), hypokondri (11), tvångstankar (14), fobier (13) och obeslutsamhet (7).

- 0 Ingen överdriven ängslighet.
- 0,5
- 1 Lätt att "oroa sig i onödan", "ta ut oron i förskott", men kan själv slå bort sina funderingar.
- 1,5
- 2 Överdrivet ängslig, bekymrad för småsaker och vardagliga rutinhandlingar.
- 2,5
- 3 Invaliderande ängslighet, ständigt grubbel över småsaker. Lugnande försäkringar har ingen effekt.

13. Fobier

Avser upplevelser av irrationell fruktan eller ångest i specifika situationer (t.ex. bussar, varuhus, folksamlingar, att vara i trånga rum eller att vara ensam), vilka såvitt möjligt undviks.

- 0 Inga fobier.
- 0,5
- 1 Vaga obehagskänslor i vissa situationer, vilka dock kan bemästras utan hjälp eller med enkla åtgärder (sitta längst ut i raden på bio, om möjligt undvika rusningstider, etc.).
- 1,5
- 2 Vissa situationer framkallar alltid uttalade obehagskänslor och undviks så långt det är möjligt utan att störa den sociala funktionen.
- 2,5
- 3 Invaliderande fobier, som starkt inskränker vanliga aktiviteter (t.ex. oförmögen att gå hemifrån).

14. Tvångstankar

Avser återkommande, besvärande eller skrämmande tankar eller tvivel, som inte låter sig avfärdas, trots att de upplevs som irrationella eller sjukliga.

Särhålles från hypokondri (11) och ängslighet (12).

- 0 Inga tvångstankar.
- 0,5
- 1 Tillfälliga tvångstankar, som ej stör patienten nämnvärt.
- 1,5
- 2 Frekventa och besvärande tvångstankar.
- 2,5
- 3 Ständigt återkommande otäcka eller invalidiserande tvångstankar.

15. Tvångshandlingar

Avser ett tvångsmässigt upprepanande av vissa handlingar eller ritualer, som upplevs som onödiga eller irrationella men inte kan motstås utan obehag.

Skattningen baseras på den tid, som krävs för ritualerna och i vilken mån sociala funktioner störs.

- 0 Inga tvångshandlingar.
- 0,5
- 1 Lätt eller tillfälligt kontrolleringstvång eller annan tvångshandling.
- 1,5
- 2 Påtagliga tvångshandlingar, som dock ej stör den sociala funktionen.
- 2,5
- 3 Tvångshandlingar, som är tidskrävande och allvarligt inkräktar på patientens övriga aktiviteter.

16. Vegetativa störningar.

Avser hjärtklappning, svettning, andningssvårigheter, yrsel och ostadighetskänsla, kalla händer och fötter, torrhet i munnen, orolig mage, gasspänningar, diarré, frekventa miktationer. Om vegetativa störningar endast förekommer i samband med panikattacker, skattas de *inte* här.

Särhålles från ångestkänslor (2) och smärtor och värk (17).

- 0 Inga vegetativa störningar rapporteras.
- 0,5
- 1 Tillfälliga vegetativa störningar i emotionellt laddade situationer.
- 1,5
- 2 Ofta förekommande eller intensiva vegetativa störningar, som är obehagliga eller besvärande.
- 2,5
- 3 Mycket frekventa vegetativa störningar, som är plågsamma eller invalidiserande.

17. Smärtor och värk

Avser upplevelser av kroppsliga obehag, värk eller smärtor.

Skattas på bas av intensitet, frekvens och duration, och också på krav om smärtlindring. Skatta smärtupplevelsen oavsett om organisk bakgrund finns eller ej.

Särhålls från hypokondriska idéer (11) och vegetativa störningar (16).

- 0 Inga eller endast snabbt förflyktigade smärtor.
- 0,5
- 1 Tillfälliga smärtor eller värk.
- 1,5
- 2 Långvariga och besvärande smärtor eller värk. Krav på smärtlindring.
- 2,5
- 3 Intensiva eller invalidiserande smärtor.

18. Panikattacker

Avser attacker av panikkänslor, d. v. s. en plötsligt påkommande känsla av varierande kroppsliga obehag, förenade med intensiv skräck och ofta föreställningar om omedelbart förestående död eller sammanbrott. Typiskt är att attackerna kommer "som en blixtn från klar himmel", utvecklas mycket snabbt och går långsamt tillbaka. Bedömningen baseras på frekvens och intensitet samt patientens subjektiva behov av hjälp.

Särhålls från ångestkänslor (2), ängslighet (12) och vegetativa symtom (16).

- 0 Inga panikattacker.
- 0,5

- 1 Enstaka panikliknande känningar, som inte utvecklats till fulla attacker.
- 1,5
- 2 En eller flera panikattacker, som kunnat bemästras på egen hand.
- 2,5
- 3 Upprepade svåra panikattacker, som lett till att patienten insisterat på hjälp av någon annan (t. ex. inte kunnat vara ensam).

19. Livsleda och självmordstankar

Avser upplevelser av livsleda, dödsönskningar och självmordstankar samt förberedelser för självmord. Eventuella självmordsförsök påverkar ej i sig skattningen.

- 0 Ordinär livslust. Inga självmordstankar.
- 0,5
- 1 Livsleda, men inga eller endast vaga dödsönskningar.
- 1,5
- 2 Självmordstankar förekommer och självmord betraktas som en tänkbar utväg, men ingen bestämd självmordsavsikt.
- 2,5
- 3 Uttalade avsikter att begå självmord, när tillfälle bjuds. Aktiva förberedelser för självmord.

Global skattning av sjukdomsgrad

- 0 Ejsjuk.
- 0,5
- 1 Minimal eller tveksam, stör ej den sociala funktionen.
- 1,5
- 2 Otvetydigt men måttligt uttalad sjukdom.
- 2,5
- 3 Svår eller invalidiserande.



PSYKIATRISK EGENBEDÖMNING

ingår i LUNDBECK-BIBLIOTEKET

Förutom forskning är kunskapsförmedling ett prioriterat område inom Lundbeck. Genom LUNDBECK-BIBLIOTEKET vidarebefordrar vi kunskap om forskning och nya kliniska erfarenheter inom det psykiatriska och neurovetenskapliga området.

Vill du veta mer om vad vårt bibliotek har att erbjuda dig? Välkommen att höra av dig till oss på Lundbeck eller besök oss på www.lundbeck.se. Här kan du lätt navigera dig till vårt bibliotek och direkt beställa det du finner intressant.



Box 23, 250 53 Helsingborg Tel 042-25 43 00 Fax 042-20 17 19

www.lundbeck.se