

Underlag för psykiatrisk bedömning

1. Orsak till bedömningen (Remiss? Sökt själv? Huvudproblem?)

.....
(TC: kontaktorsak)

2. Långsiktigt förlopp (Kartlägg förlopp från uppgiven symtomdebut. Ange besvärsperioder, undersök om det finns fria intervall. Bestäm om möjligt förloppstyp. Tidigare suicidförsök)

.....

(TC: psykiatrisk anamnes)

Förloppstyp:

Attackvis Episodiskt Kroniskt fluktuerande Progredierande Oklart

3. Debutålder, eventuella problem dessförinnan (Debutålder av psykiska/sociala problem. Familjeförhållanden. Trauman. Kamratrelationer och problem i skolsituationen.)

.....

(TC: uppväxt)

Debutålder:

Före puberteten (ca 13) Efter puberteten – 25 > 25 >50 Oklart

4. Aktuell symtombild och funktion (Kartlägg eventuell aktuell suicidalitet.)

.....

.....(TC:aktuellt)

5. Symtombild under typiska besvärperioder (Kartlagda perioder: symtom, duration, konsekvenser och eventuella utlösande faktorer för den/de mest typiska besvärperioderna.)

.....(TC: psykiatrisk anamnes)

Episodtyp:

- Euforisk mani Blandad mani Euforisk hypomani Blandad hypomani
 Melankolisk depression Annan depression Psykotiska manier/depressioner
 Annan episodtyp:.....
 Symtomtyp vid kroniskt fluktuerande eller progredierande förlopp:.....

6. Ärftlighet (TC: ärftlighet) Förstegradssläkting Annan Vem?

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Bipolär sjukdom typ 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bipolär sjukdom typ 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Recidiverande depressioner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Alkohol- eller drogmisbruk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ADHD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Suicid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Schizofreni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Annat:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

7. Levnadsomständigheter (Bostad, arbete, familjesituation, ekonomi och sociala kontakter? Aktuell stress?)

.....

.....(TC: socialt)

8. Icke-psykiatriska sjukdomar

.....(TC: tidigare sjukdomar)

9. Aktuell medicinering

.....(TC: aktuella läkemedel)

10. Substansbruk

.....(TC: beroende)

11. Tidigare psykiatriska behandlingar (Mediciner, psykoterapi eller ECT. Effekt? Biverkningar?)

.....(TC: psykiatrisk anamnes)

Farmakarespons:

- Manisk/hypoman switch på AD Varaktig stabilisering av stämningssstabiliserare
 Varaktig respons på antidepressiva

12. Psykiskt status Normalt Avvikelse

1. Yttre kännetecken, beteende

2. Kognitiv status (vakenhet, orientering, uppmärksamhet och minne)
3. Kontaktförmåga
4. Stämningsläge
5. Psykomotorik
6. Perception
7. Tankarnas form
8. Tankarnas innehåll
9. Suicidalitet
10. Insikt

13. Resultat av strukturerad intervju (SCID, MINI):

.....

(TC: skattningsskalor)

14. Resultat av andra skattningar:

.....

(TC: skattningsskalor)

15. Checklista

- | | Nej | Ja |
|--|--------------------------|---|
| 1. Har pat. utfört suicidförsök? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Om ja: st. När senast?..... |
| 2. Har pat hemmavarande barn under 18 åå? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Om ja:.....st. |
| 3. Finns oro för barnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Om ja: anmäl till barnombud. |
| 4. Har pat varit utsatt för hot, våld eller övergrepp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Om ja, när senast?..... |
| 5. Har pat utsatt andra för hot eller våld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Om ja, när senast?..... |

Diagnostisk bedömning:.....

(TC: bedömning)

Ange på vad bedömningen grundas och graden av säkerhet i bedömningen:

.....

Aktuella differentialdiagnoser:.....

.....
Suicidriskbedömning:.....

.....
Våldsriskbedömning:.....

© Mats Adler 2012.

Manual

Det finns många differentialdiagnoser att beakta vid utredning av affektiv sjukdom, bland annat konfusionstillstånd, ADHD, autismspektrumstörningar, schizofreni, personlighetsstörningar, ångestsyndrom, impuls kontrollstörningar, missbruk, demens, utvecklingsstörning och förvärvade hjärnskador. Inte sällan komplicerar sociala förhållanden bilden. De strukturerade intervjuer som görs (ex MINI, SCID) ska betraktas som screening, dvs. att peka på möjliga diagnoser, men den slutliga diagnosen är klinisk och görs med intervju. Bedömningen ska göras utifrån en fullständig utredning där vissa omständigheter är särskilt relevanta:

- **Långtidsförlopp.** Den för affektiv sjukdom typiska förloppstypen är episodisk. Förekomst av så kallade ”fria intervall” är viktiga att undersöka. Vid attackvis, kroniskt fluktuerande eller progredierande förlopp bör andra diagnoser misstänkas i första hand.
- **Debutålder.** I typiska fall debuterar bipolär sjukdom mellan puberteten (cirka 13 åå) och 30 åå. Unipolär affektiv sjukdom tenderar att debutera senare, efter 25 åå. Vid debut före puberteten bör neuropsykiatriska och andra barnpsykiatriska tillstånd övervägas i första hand. Vid sen debut ska somatisk sjukdom och demensrelaterade tillstånd utredas.
- **Episodtyp.** De för affektiv sjukdom mest karaktäristiska episodtyperna är euforisk-expansiv mani och melankolisk depression. Om sådana episoder förekommer med tydliga mellanliggande intervall kan diagnosen bipolär sjukdom ställas med relativt hög säkerhet. Vid mani- och depressionsepisoder av annat slag är den diagnostiska säkerheten lägre.
- **Ärftlighet.** Förekomst av affektiv sjukdom hos förstagrads släktingar kan i viss utsträckning stärka en misstanke om affektiv sjukdom.
- **Reaktion på behandling.** Överslag från depression till mani/hypomani av antidepressiv mediciner, liksom varaktig stabilisering av stämningsstabiliserande medicin kan i någon mån stärka misstanken om bipolär affektiv sjukdom.

I bedömningen bör man ange både vilka av dessa förhållanden som bedömningen grundas på, graden av säkerhet i bedömningen och differentialdiagnoser som bör övervägas. En enstaka manisk eller hypoman episod är inte tillräckligt för diagnosen bipolär sjukdom, inte heller om maniska/hypomana episoder endast förekommit som reaktion på mediciner. I dessa fall ställs diagnosen ”manisk episod” (F30.x) eller ”depression” (se nedan). För att diagnosen bipolär sjukdom typ I (F31.x) ska ställas ska det finnas minst två avgränsbara affektiva episoder, varav minst en är en mani. För diagnosen bipolär sjukdom typ II (F31.8) ska ställas krävs också minst två avgränsbara episoder, varav minst en är en hypomani samt att någon mani aldrig förekommit. Observera att hypomana episoder skall vara observerbara för andra, inte bara en inre upplevelse. Diagnosbeteckningen bipolär UNS (F31.9) kan användas när man bedömer att en bipolär sjukdom föreligger som inte fyller kriterierna för vare sig bipolär typ I eller II. Unipolär depressionssjukdom ska ha diagnosbeteckningarna F32.x (depressiv episod) eller F33.x (recidiverande depressioner).

Punkt 15 ”checklista” har syftet att kontrollera att vi kartlagt om patienten har barn samt att uppmärksamma våra särskilda skyldigheter angående barns situation, suicidalitet, våldsutsatta patienter (främst kvinnor) samt våldsbenäga individer.

Referens: Adler, M: Psykiatrisk diagnostik (Studentlitteratur, 2011).