

BILAG

107

CHRISTIAN HARLANG

# Psykiatrisk udredning og diagnostik

Aksel Bertelsen & Ole Mors

*Denne artikel, som er den første i en ny serie om psykiatri i almen praksis, gennemgår de grundlæggende principper for det psykiatriske interview og de diagnostiske principper efter ICD-10-kriterier. Dernæst omtaler den kort de enkelte sygdomme og deres hyppighed. Senere følger flere artikler om praktisk brug af skalaer og skemaer i psykiatrisk diagnostik.*

## BIOGRAFI:

Forfatterne har været knyttet til det tidligere WHO Center i Århus, som var internationalt ICD-10-referencecenter og SCAN (PSE)-træningscenter. Som ledere af Dansk Psykiatrisk Selskabs Udvalg for Diagnostik, Klassifikation, Monitorering og Registrering har forfatterne i samarbejde med Sundhedsstyrelsen bidraget til indførelsen af ICD-10.

## AKSEL BERTELSENS ADRESSE:

Center for Psykiatrisk Grundforskning ved Psykiatrisk Hospital i Århus, Skovagervej 2, 8240 Risskov. E-mail: de@psykiatri.aaa.dk

## Psykiske lidelsers udbredning

Psykiske lidelser og tilstande optræder med stor hyppighed i almenbefolkningen. Risikoen for gennem et livsforløb at blive ramt af en psykisk lidelse antages at være 30–35%. Hver tredje vil således på et eller andet tidspunkt have generende psykiske symptomer. Når der søges hjælp herfor, vil det i første række være hos den praktiserende læge. Her kommer den primære udredning og diagnostiske bedømmelse til at foregå, med henblik på behandling og eventuel henvisning til speciallæge eller indlæggelse. Ved en international undersøgelse af psykiske lidelser i almen praksis omfattende 15 centre verden over, fandtes 24% med ICD-10-diagnosticerede psykiske lidelser og yderligere 9% med klinisk betydende symptomer, som ikke fuldt ud opfyldte kriterierne for ICD-10-diagnoser. Depressionstilstande, angsttilstande, somatoforme tilstande, skadeligt brug og afhængighed af alkohol var de hyppigst optrædende diagnoser (1).

## Psykiske lidelsers klassifikation

Psykiatrien indtager en særstilling i forhold til de andre lægelige specialer ved, at de fleste psykiske lidelser ikke er sygdoms-enheder med kendt ætiologi og patogenese, symptomatologi og prognose. Psykiske lidelser og tilstande er empirisk bestemte syndromer, dvs. grupper af

symptomer, som ofte optræder sammen og har fælles forløb og prognose. Nok kender man genetiske og miljøbetingede årsagsfaktorer men ikke i en sådan grad, at man for de enkelte syndromer har klarlagt ætiologien og patogenesen fuldt ud. Man arbejder i psykiatrien med kriteriebaseret syndromdiagnostik, i modsætning til tidligere hvor man sammenlignede symptomerne hos den enkelte patient med kliniske beskrivelser af diagnostiske kategorier for at afgøre hvilken diagnose, der lignede mest. Denne form for diagnostisk vurdering havde lav reliabilitet, da den ofte hvilede på fornemmelser og individuel erfaring hos psykiatere med vidt forskellige teoretiske forståelsesmodeller. WHO har med indførelsen af ICD-10 i psykiatrien valgt en nonætiologisk, rent deskriptiv afgrænsning af de diagnostiske kategorier. En diagnostisk kategori defineres nu ved tilstedeværelsen af teknisk specificerbare symptomer, som opfylder kriterierne for den pågældende diagnostiske kategori. Målet for WHO har været at anvende »samme sprog« verden over med fastlagte fælles definitioner for psykiske symptomer og diagnostiske kategorier.

### **Psykiske symptomer og diagnostiske kategorier**

Et psykisk symptom skal altid være af klinisk betydning. Symptomet skal opleves som generende eller pinefuldt og medføre lidelse. Dette kan det gøre ved sin natur, som for eksempel psykotiske symptomer som nedgørende hørelseshallucinationer eller forfølgelsesvrangforestillinger; for de mere dimensionelle symptomer som nedtrykthed, angst- eller tvangssymptomer ved at være til stede i

usædvanlig grad eller urimeligt omfang. Som eksempel kræves ved depressionstilstand, at skyldfølelse skal være patologisk for at være af klinisk betydning. Mange deprimerede mennesker svarer ja til, at de har skyldfølelse, ofte fordi de føler, at de ikke slår til i forhold til arbejde eller familie, hvilket de i reglen heller ikke gør. Patologisk bliver skyldfølelsen først, når det følelses- og idémæssige indhold er helt ude af proportion med de faktiske forhold, når det piner eller plager patienten, ustandselig bryder ind i bevidstheden og ikke lader sig skubbe til side. Dette gælder for alle ikkepsykotiske symptomer.

For hver enkelt diagnostisk kategori anfører ICD-10 diagnostiske retningslinjer eller kriterier, som skal være opfyldt, for at diagnosen kan stilles. En række symptomer skal således være påvist og skal have været til stede enkeltvis eller i en eller anden kombination gennem et veldefineret tidsrum. Eksklusionskriterier sikrer, at kategorierne afgrænses indbyrdes. Således skal man for de ikkeorganiske psykiske lidelser altid sikre sig, at de netop ikke er organisk betingede, idet organiske lidelser kan fremtræde med de samme psykiske symptomer som alle mulige andre psykiske lidelser. For at regnes som psykiatrisk diagnose kræves altid, at et givet syndrom har klinisk betydning, er en »disorder«, som er defineret som et sæt af symptomer eller et mønster af adfærdstræk, som er forbundet med ubehag eller lidelse, eller med forstyrrelse af almenmenneskelige basale livsfunktioner.

### **Udredning**

Psykiatrisk udredning består i at undersøge for tilstedeværelsen af psykiske



Foto: Scanpix.

symptomer gennem en samtale med patienten med karakter af et diagnostisk interview. For at fastslå om et symptom er til stede eller ej, er det nødvendigt at spørge patienten nærmere ud, da mange patienter ikke umiddelbart har ord eller begreber for deres oplevelser, tanker og følelser eller måske frygter at oplyse nærmere herom. For at få kortlagt symptomerne i enkeltheder må man spørge patienten systematisk og præcist, og samtidig søge at undgå at stille ledende spørgsmål. Man må hele tiden holde sig for øje, at det drejer sig om i samarbejde med patienten at få beskrevet symptomerne så akkurat som muligt; ikke blot om udfyldelsen af et symptomschema, som ligger på bordet mellem lægen og patienten. Man skal hele tiden sikre sig, at symptomerne har klinisk betydning, og

desuden være opmærksom på, om de kan have anden forklaring, for eksempel træthed på grund af anæmi eller søvnløshed på grund af hoste.

Nogle patienter udtrykker sig forbeholdent og ønsker ikke at gøre for meget væsen af deres lidelse, mens andre kan være »sygdomsoptagede« og stærkt symptombekræftende. Her vil den praktiserende læge have den fordel, at han eller hun ofte kender patienterne og kan sammenligne med deres vanlige tilstand.

Ud over de symptomer patienten kan beskrive, er der de symptomer, som kan iagttages under samtalen, hvor man nøje må vurdere de følelsesmæssige, psykomotoriske og kognitive symptomer eller tegn, der kommer til udtryk ved den psykiske lidelse hos patienten. »Objektivt psykisk« er således en beskrivelse af de

adfærds-, sprog-, og affektforstyrrelser, som kan iagttages.

### Diagnostisk bedømmelse

Ideelt set burde den diagnostiske bedømmelse vente til efter, at man har fået kortlagt patientens psykopatologiske symptomer fuldt ud, så man ikke risikerer at overse væsentlige symptomer. I praksis er det dog umuligt at lade være med at tænke på, hvad det mon kan dreje sig om for en diagnose, allerede fra begyndelsen af samtalen. Man vil derfor være tilbøjelig til mere eller mindre bevidst at koncentrere sig om symptomer, der passer med den diagnose, man har i tankerne. I værste fald kan man føle sig tilfreds med undersøgelsen, når man har fundet symptomer nok til at stille den diagnose, man tænker på. Herved risikerer man imidlertid let at overse symptomer, der ville føre til en helt anden diagnose. Selvom man tidligt i samtalen finder belæg for en bestemt diagnose, må man altid huske at give sig tid til at sikre sig mod alle differentialdiagnostiske muligheder.

Under den diagnostiske samtale vil man også ofte gøre sig ætiologiske overvejelser i forhold til de psykologiske, biologiske eller sociale forståelsesmodeller, man har valgt at arbejde efter. Disse vil man få brug for, når man skal planlægge et individuelt tilpasset behandlingstilbud til patienten. Men man skal vogte sig meget for at blande sådanne overvejelser ind i den diagnostiske bedømmelse, da de kan give anledning til præmatur fortolkning og indfølelse forståelse med forhastede konklusioner, så man risikerer at komme til at behandle patienten for en helt anden lidelse end den, der faktisk foreligger.

### Diagnostiske hjælpemidler

I forbindelse med indførelsen af ICD-10 udgav WHO en række hjælpemidler for at lette anvendelsen af ICD-10's psykiatriske del. Til anvendelse i den kliniske psykiatri således (2) med de diagnostiske kriterier anført som retningslinjer, som kan anvendes med en vis fleksibilitet i klinikken. Desuden findes kliniske beskrivelser af de forskellige syndromer og angivelse af differentialdiagnostiske muligheder.

Til brug ved psykiatrisk forskning udgav WHO (3) med forskningskriterier, som anfører de diagnostiske kriterier skematisk med krav om strikt anvendelse, således at man i forskningen kan sikre sig homogene patientgrupper og sammenlignelige resultater.

I den danske udgave (4) har man valgt at udgive en oversættelse af de korte beskrivelser i ICD-10's psykiatriske kapitel 5 sammen med en oversættelse af forskningskriterierne. Man valgte at anføre forskningskriterierne for at lette oversigten og for at gøre bogen lettere og mere enkel at anvende i den daglige klinik, hvor man så kan forholde sig til kriterierne med den grad af fleksibilitet, man finder påkrævet. Bogen har opnået status af »kittelbog« og anbefales også som opslagsværk for almen praksis.

WHO har desuden udgivet en ICD-10-version for primær helsetjeneste (5). Den blev oversat til dansk af WHO Centret i Århus og udgivet af et medicinalfirma, som udleverede den til praktiserende læger som et hjælpemiddel til anvendelsen af ICD-10 i almen praksis (6). Den danske udgave omfatter 22 hyppigt forekommende og klinisk betydningsfulde syndromer, som det er relativt enkelt at diagnosticere, og som kan behandles eller

afhjælpes i almen praksis. Udgivelsen forelå i et handy spiralbogsformat med et syndrom for hvert opslag, hvor der på venstresiderne var anført de klager patienten og de pårørende oftest fremkommer med, de symptomer man skal se efter og de differentialdiagnostiske muligheder man skal forholde sig til. På højresiderne var anført behandlingsretningslinjer for medikation, råd, vejledning og oplysning til patienten og de pårørende.

Udgivelsen, som blev støttet med oplysende møder med lægekredsforening og praktiserende læger, fandt imidlertid aldrig større interesse blandt praktiserende læger. Nogle fandt den for upræcis og ville foretrække de diagnostiske kriterier. Andre fandt den ikke egnet til anvendelse i almen praksis og foretrak at bruge den af WONCA udarbejdede (7) som i kapitel P under komponent 1 forholder sig til psykiske symptomer og klager, men langt fra i overensstemmelse med ICD-10. Her lykkedes således ikke WHO's bestræbelser på at nå frem til et »fælles sprog« også omfattende almen praksis.

### **Psykopatologi – bedømmelseshjælpemidler**

Til hjælp ved kortlægningen af psykopatologiske symptomer har WHO udarbejdet to undersøgelsesinstrumenter: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (8) og Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (9). SCAN's hovedkomponent er Present State Examination (PSE), som er et semi-struktureret undersøgelsesskema til brug i psykiatrisk klinik og forskning. Spørgeskemadelen er oversat til dansk og findes i computerudgave. *Glossary*-delen indeholder teknisk specificerede definitioner

og præcise beskrivelser af de forskellige psykopatologiske symptomer.

PSE er ret omfattende og dækker psykopatologien ved voksenpsykiatriske lidelser bortset fra personlighedsforstyrrelser. Den kan anvendes også til unge helt ned til 12–14-års-alderen. Til brug i den daglige klinik findes en mere handy udgave i lomm spiralbogsformat (10), som på højresiderne anfører de psykopatologiske symptomer med forslag til spørgsmål for at afdække deres tilstedeværelse, mens den på venstresiderne har de tilhørende specificerede definitioner. Bogen er derfor en kortfattet opslagsbog for psykopatologiske definitioner. Udgivelsen er udarbejdet af WHO Centret i Århus og trykt og udgivet af et medicinalfirma uden betingelser. Den korte version finder udbredt anvendelse i psykiatrien og den kliniske psykologi, og der afholdes jævnligt kurser i anvendelsen. Vi kan anbefale (10) som udgangspunkt for det diagnostiske interview, også i almen praksis.

Til brug for den meget vanskelige diagnostik af personlighedsforstyrrelser har WHO udgivet International Personality Disorder Examination (IPDE) (11), som indeholder et omfattende interview-skema, hvis anvendelse kræver forudgående træning.

CIDI er et fuldt struktureret undersøgelsesskema til anvendelse ved epidemiologiske undersøgelser af større befolkningsgrupper. Udspørgelsen foretages af læg-interviewere, som læser spørgsmålene op og registrerer patienternes svar herpå. CIDI findes også i computerudgave, men er ikke oversat til dansk.

## Andre

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har udgivet en serie kliniske vejledninger, herunder, en demensvejledning og en depressionsvejledning (12, 13). De bygger begge på ICD-10's diagnostiske kriterier. Depressionsvejledningen har tillige som bilag undersøgelseskema med forslag til spørgsmål til bedømmelse af tilstedeværelsen af symptomkriterierne for depression fra PSE's korte version til klinisk brug, samt Hamiltons Depressions-skala med 17 punkter til afgørelse af depressionens sværhedsgrad. DSAM har desuden opnået aftale om honorering for anvendelsen af disse spørgeskemaer ved den diagnostiske udredning af depressionstilstande.

WHO's regionale Europa-kontor i København har i samarbejde med Psykiatrisk Forskningsenhed ved Nordsjællands Hospital produceret en »Info package« (14) med et fempunkts Well-being Index og et Depression Inventory med tilhørende scoringsark til selvrating samt et Doctor's Interview til bedømmelse af symptomernes kliniske relevans.

Endelig har en række medicinalfirmaer, som markedsfører psykofarmakologiske produkter, bidraget med egne eller oversatte spørgeskemaer som hjælp til den diagnostiske udredning ved en eller flere grupper af psykiske lidelser med relevans for de produkter, de sælger. Heriblandt kan nævnes PRIME-MD, SPIFA og Den Elektroniske Depressionsjournal.

PRIME-MD var oversat til dansk fra et amerikansk spørgeskema for Primary Care Evaluation of Mental Disorders svarende til det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. Det omfattede et selv-rating-skema samt moduler for affektive sindslidelser,

angsttilstande, somatoforme tilstande og alkoholbetingede lidelser, arrangeret med et *flow chart*, hvor man gennem besvarelsene ledes til den relevante diagnose.

Undersøgelseskemaet var enkelt og hurtigt at anvende, men fristede let til blot at registrere patienternes svar på de stillede spørgsmål. Dog blev der tilbudt træningskurser for at sikre den kliniske bedømmelse af symptomerne. WHO Centret i Århus har foranlediget spørgeskemaet omstillet til ICD-10-brug under betegnelsen PRIME-MD ICD-10 International.

SPIFA var oversat fra et norsk undersøgelseskema Strukturert Psykiatrisk Interview for Allmennpraksis. Det fandtes i en kort og i en udvidet, ret omfattende version og byggede på den amerikanske DSM-IV-diagnostik. Kun den korte version blev oversat til dansk og tilpasset ICD-10-diagnostik. Den omfattede depressionstilstande, angst- og tvangstilstande, somatoforme tilstande, alkoholafhængighed og kognitiv svækkelse.

Den Elektroniske Depressionsjournal indeholdt et diagnostisk depressionsundersøgelseskema efter ICD-10's diagnosekriterier. Det blev udviklet som et pc-program på baggrund af et stigende ønske fra almen praksis om elektronisk tilgængelige programmer. Også nogle af de foran nævnte diagnostiske interviewskemaer findes i dag i elektronisk udgave (15).

## De hyppigst optrædende psykiske lidelser i almen praksis

Depressionstilstande, forskellige angsttilstande, somatoforme tilstande, skadeligt brug og afhængighed af alkohol og tilpansningsreaktioner synes at være de hyppigst forekommende psykiske lidelser i almen

praksis. For disse lidelser er det relativt enkelt at lære sig ICD-10's diagnostiske kriterier, så man hurtigt kan afgøre, om de tilhørende syndromer er til stede i klinisk betydende grad.

For depressionstilstand kræves tilstedeværelsen af to ud af tre kernesymptomer: subjektiv nedtrykthed, manglende lyst/interesse og træthed/nedsat energi, dagligt det meste af dagen gennem mindst 14 dage. Dette kan afgøres på få minutter, og kun hvis der foreligger to kernesymptomer, er der grund til at gå videre med de øvrige kriterier. Foreligger der en depressionstilstand, er det vigtigt at afgøre, om den er bipolar, eventuelt en bipolar, overvejende depressiv blandingstilstand, karakteriseret ved svingninger i stemningslejet eller tilstedeværelsen af maniske symptomer som irritabilitet, tanke-mylder og rastløs urofølelse. Sådanne blandingstilstande optræder ret hyppigt, særligt i puberteten, og er vigtige at erkende tidligst muligt, da de kræver stemningsstabiliserende behandling og kan forværres ved gængs antidepressiv behandling.

Angsttilstande er altid karakteriseret ved angstfølelse, som i ICD-10 defineres som autonom angst, dvs. at der altid kræves tilstedeværelsen af mindst ét autonomt symptom i form af hjertebanken, rysten, sveden eller mundslimhindetørhed. Det, patienterne benævner som angst, vil ofte vise sig at være urofølelse eller anspændthed, som således ikke tæller til en angstdiagnose. Angst kan optræde anfaldsvis, situationsbetinget ved fobiske angsttilstande og uden foranledning ved panikangst, eller angsten kan optræde som mere vedvarende angsttilstand af svingende intensitet ved genera-

liseret angsttilstand. Man bør altid samtidig undersøge for eventuelt bagvedliggende depressionstilstand eller anden psykisk lidelse, som angsttilstanden kan være en del af.

Ved skadeligt alkoholforbrug skal der foreligge påvist fysisk eller psykisk skadevirkning, og ved alkoholafhængighed skal tre af seks afhængighedstræk være til stede, i forbindelse med længerevarende eller tilbagevendende overforbrug. Her skal man være særligt opmærksom på eventuelt bagvedliggende depressions- eller angsttilstand, som imidlertid også kan være en skadevirkning af overforbruget.

Somatoforme tilstande omfatter tilstande med somatiske symptomer uden klart påviselig eller tilstrækkelig fysisk årsag. Det kan dreje sig om smertesymptomer og symptomer fra forskellige organsystemer, ledsaget af en udtalt optagethed af symptomerne med vedholdende tiltro til, at de skyldes en somatisk sygdom. Hvis dette ytrer sig som frygt for en alvorlig, navngiven somatisk sygdom, foreligger der en hypokonder tilstand. Igen bør man sikre sig mod bagvedliggende anden psykisk lidelse, særlig depressionstilstand.

Tilpasningsreaktioner blev tidligere kaldt affektreaktioner og svarer til de såkaldte krise- og stresstilstande. De fremstår oftest med depressions- og angstsymptomer på baggrund af kendt traume eller belastning inden for den seneste tid (en måned). De må aldrig opfylde kriterierne for depressions- eller angsttilstande, idet de jo så netop er depressions- eller angsttilstande, som måske er fremprovokeret af traumatisk belastning. De må ikke forveksles med akut belastningsreak-

tion eller posttraumatisk belastningsreaktion, som forudsætter et exceptionelt svært traume af livstruende eller katastrofeagtig karakter. De bør ej heller forveksles med personlighedsforstyrrelser på grund af de accentuerede personlighedstræk, de ikke sjældent frembyder.

Personlighedsforstyrrelsesdiagnoser er vanskelige at stille. De kræver bekræftet påvisning af en række adfærdstræk, som skal have været til stede siden barndommen eller adolescensen, og de må ikke være udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse. Svære psykiske lidelser, særligt affektive sindslidelser, frembyder ofte personlighedsmæssige træk, som kan synes at opfylde kriterierne for en personlighedsforstyrrelse, men da disse ikke har været til stede altid, altså siden barndommen, foreligger der ikke nogen ICD-10-personlighedsforstyrrelse.

### Behandlingsmæssig udredning

Formålet med psykiatrisk udredning og diagnostik er naturligvis at hjælpe patienten, at behandle hans eller hendes psykiske lidelse på den bedst mulige måde. Omhyggelig diagnostisk udredning og korrekt diagnosticering af foreliggende syndromer eller »sygdomsbilleder« er en nødvendig forudsætning herfor. Den kriteriebaserede og internationale ICD-10-diagnostik vil her være af afgørende betydning for kvaliteten og pålideligheden af den diagnostiske udredning. ICD-10-bogen (4) sammen med PSE (10) må som anført særligt anbefales.

For at hjælpe patienten er det imidlertid også nødvendigt at prøve at finde ud af, hvorfor han eller hun frembyder det påviste syndrom, det vil sige foretage en behandlingsmæssig udredning af mulige

årsager til den påviste psykiske lidelse eller tilstand. Man er her henvist til at benytte forståelsesmodeller af psykologisk, biologisk og social karakter, som skønnes egnede til at forklare lidelsen, og som kan pege på årsagsforhold, som man kan sætte behandlingsmæssigt ind over for. Først da er det muligt sammen med patienten at finde frem til en individuelt tilpasset behandling, som kan afhjælpe den psykiske lidelse bedst muligt, og dermed nå det endelige mål for den psykiatriske udredning og diagnostik.

*Interessekonflikter:* ingen angivet.

### LITTERATUR

1. Üstün TB, Sartorius N, red. Mental illness in general health care. An international study. Chichester: WHO, John Wiley and Sons, 1995.
2. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
3. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993.
4. WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard Danmark, 2006.
5. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care. ICD-10 Chapter V. Primary care version. Seattle: WHO, Hogrefe and Huber, 1996.
6. ICD-10 Kapitel V. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Version for primær helsetjeneste. ICD-10 PH. København: Novo Nordisk Farmaka Danmark, 1994.
7. WONCA. ICPC international klassifikation for den primære sundhedstjeneste. Dansk oversættelse og bearbejdelse. Bentzen N, Schroll H, Bjerre B. Odense: DSAM, MPL, Fyns Amt, 1990.
8. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. Geneva: WHO, 1992.
9. CIDI composite international diagnostic interview. Geneva: WHO, 1990.



10. Present state examination. Kort version til klinisk brug. København: Wyeth, 2006.
11. Loranger AW, Janca A, Sartorius N, red. Assessment and diagnosis of personality disorder. The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). Cambridge: WHO, Cambridge University Press, 1997.
12. Klinisk vejledning. Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. København: DSAM, 1999.
13. Klinisk vejledning. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis. København: DSAM, 2001.
14. Info package. Mastering depression in primary care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
15. Bertelsen A, Mors O. Diagnostiske interview. I: Elsass P, Ivanouw J, Mortensen EL, Poulsen S, Rosenbaum B, red. Assessmentmetoder. Dansk Psykiatrisk Forlag, 2006: 403–11.