

ABC OM

Psykiatrisk diagnostik

Alex är en 24-årig man som känner sig nedstämd sedan en tid tillbaka. Han har också svårt att koncentrera sig på universitetsstudierna och får kraftig hjärtklappning varje gång han försöker prata med en kurskamrat. Det senaste halvåret har han börjat intressera sig för astrologi, vilket har påverkat hans studier, och nu har han kuggat den senaste tentan. Veckan innan han började må dåligt hade han känt sig full av energi, men det gick snabbt över. Alex dricker ofta några öl för sig själv på kvällarna och har provat cannabis. Han har haft svårt att bevara kärleksrelationer eftersom det alltid slutat med bråk. Den senaste månaden har han inte orkat betala räkningar, städa eller laga mat, och när du träffar honom upplever du att det är svårt att få en bra kontakt med honom.

Alex symtom är tillräckligt allvarliga för att påverka hans funktion, men symtomen är många och pekar åt olika håll. Denna artikel föreslår en struktur för att komma fram till om Alex har en psykiatrisk diagnos, och i så fall vilken diagnos som är mest rimlig. För att ställa psykiatriska diagnoser på barn och ungdomar krävs särskild barnpsykiatrisk kompetens; i den här artikeln fokuserar vi på diagnostik av vuxna.

KLASSIFIKATIONSSYSTEM – ICD OCH DSM

De psykiatriska diagnoserna är syndrom (»disorders« [störningar] i engelskspråkig litteratur) snarare än sjukdomar med säkert fastställd etiologi eller patogenes [1]. Diagnoserna är grupperingar av symtom som visat sig vara kliniskt användbara, bland annat för att kunna välja lämpligaste behandling och förstå prognosen för olika psykiatriska tillstånd. En diagnos är således ett namn på ett symtomkluster och inte nödvändigtvis samma sak som en sjukdom.

Diagnoserna klassificeras i Sverige enligt ICD-10. ICD-11 finns redan nu tillgänglig gratis på engelska [2], och arbetet med en svensk översättning pågår. I Sverige använder vi också det amerikanska DSM-systemet som stöd för diagnostiken, där handboken nu finns i en uppdaterad upplaga: DSM-5-TR [3].

ICD och DSM har olikheter. ICD-systemet beskriver diagnoserna i form av kortfattade texter, vinjetter, med de för diagnosen mest karakteristiska kännetecknen [4]. I ICD-11 följs vinjetterna av fördjupande texter om de mest essentiella symtomen, andra vanliga uttryck för tillståndet samt hur man ser på avgränsningen mot normalitet. Även utvecklings- och könsrelaterade aspekter, kulturella aspekter och differentialdiagnostik ingår.

DSM-systemet är kriteriebaserat, och de typiska uttrycken för ett tillstånd delas upp i smådelar som undersöks var för sig enligt en fast algoritm med binära

Johan Bengtsson, med dr, ST-läkare i psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
 ● johan.bengtsson@neuro.uu.se

Christian Rück, professor, överläkare, Karolinska institutet; Psykiatri Sydväst

Linda Steinholtz, doktorand, specialist i psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Mats Adler, med dr, överläkare, Psykiatri Sydväst

Fyra informationsområden som bygger upp psykiatriska diagnoser, oavsett diagnossystem

Debutålder

Vissa tillstånd visar sig vanligen före 12 års ålder, som ADHD och autism, medan andra tenderar att debutera senare, exempelvis paniksyndrom och depressioner.

Stressorer

Vissa tillstånd, som anpassningsstörning och PTSD, är kopplade till specifika stressorer eller trauma. Substansutlösta och sekundära psykiatriska syndrom kan uppstå samtidigt med eller efter substansintag eller sjukdom.

Symtom under besvärperioder

De flesta tillstånd har karakteristiska symtom som manifesterar sig under aktiva sjukdomsperioder. Det är viktigt att känna igen och förstå dessa symtom och tecken.

Förlopp

Symtom kan debutera snabbt, som vid paniksyndrom, eller gå i perioder, som vid bipolär sjukdom. Andra tillstånd kan vara långvariga, som schizofreni.

Andra viktiga informationsområden

Ärftlighet

I första hand förstagrads släktingar
 Ärftlighet bör i möjligaste mån beläggas (fråga om sjukhusinläggningar, avgränsbara episoder, behandlingar, institutionalisering)
 Var uppmärksam på om patienten på egen hand har »efterdiagnostiserat« sina släktingar

Utveckling

Tidig anamnes: intrauterint (infektioner, alkohol?), förlösningsskador, normal utveckling språkligt, kognitivt, motoriskt, socialt?
 Skolanamnes: kamrater, mobbning, fullgoda betyg? Behövt stöd?
 Familjeförhållanden under uppväxt. Relation till syskon/anhöriga

Socialt

Social kartläggning (familj, vänner, boende, sysselsättning, försörjning, fritid, engagemang)
 Existentiell kartläggning (livsmål, värden, mening)
 Funktionsnedsättning till följd av besvären (socialt/i arbetet)

Arbete/sysselsättning

Trivsel på arbetet och med kollegor?
 Uppskattas patientens insatser?
 Relation till chefer? Finns det stöd och hjälp vid behov?
 Finns det aktuella konflikter på arbetet?
 Känns arbetet meningsfullt?

Sömn

Svårt med insomning? Upphackad nattsömn? Tidigt uppvaknande?
 Morgonångest? Sömnhygien (ofta otillräcklig!): tyst, svalt, mörkt rum utan stimuli, nedvarvning (skärmfritt), koffeinvanor, alkohol, nikotin
 Tillräckligt med dagsluis och aktivitet under dagen för att bli trött?
 Sover patienten på dagen?

Medicinering

Aktuella/tidigare behandlingar och svar på dessa (psykoterapi, läkemedel, ECT) – doser, längd, effekt, biverkningar, fullföljt/avbrutit?

Substansbruk

<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2009/09/att-samtala-om-alkohol/>



»Diagnostiken inleds lämpligen med en översiktlig intervju där man med öppna frågor gör en bred kartläggning av patientens aktuella och tidigare besvär utan att styras av någon specifik diagnosmisstanke.«

GENERELLA PRINCIPER FÖR DIAGNOSTISERING

- **Diagnostisk kompetens:** De som utför psykiatrisk diagnostik måste ha god kännedom om de psykiatriska tillstånden och kunna genomföra en bred insamling av diagnostisk information samt analysera och sammanställa den relevanta informationen. Det krävs också differentialdiagnostisk kompetens gällande relevanta somatiska tillstånd, varför det i första hand bör vara läkare som diagnostiserar.
- **ICD-11 och DSM-5 som hjälpmedel:** DSM-5 poängterar att »bruket av diagnostiska kriterier är tänkt att utgöra ett delmoment vid utredning och bedömning av kliniska ärenden [...]». Det räcker alltså inte att bara bocka av de diagnostiska kriterierna för att fastställa psykiatrisk diagnos. Varken ICD-11 eller DSM-5 definierar homogena patientgrupper eller tillstånd med en enhetlig etiologi. Deras huvudsyfte är att bistå i bedömningen av behandlingsbehov och prognos för olika tillstånd. Diagnoserna bör vara till klinisk nytta.
- **Krav för psykiatrisk diagnos:** För att ett tillstånd ska uppfylla kraven för en psykiatrisk diagnos måste det innebära en kliniskt signifikant avvikelse i en persons tänkande, kognitiva funktioner, känsloreglering eller beteende. Störningen ska vara betydande och påverka individens funktion på ett tydligt sätt.
- **Avgränsning mot normala reaktioner:** Tillstånd som kan förväntas som svar på vanliga stressorer eller förluster, såsom sorg över en närståendes bortgång, ska inte betraktas som psykiska störningar. Likaså klassificeras lindriga tillstånd utan betydande lidande eller funktionsnedsättning inte som psykiatriska diagnoser.

ja/nej-beslut. Fördelen med kriteriebaserade diagnoser är att det blir tydligt hur en diagnos ska definieras. Många diagnostiskt viktiga faktorer ingår dock inte i kriterierna och systemet skapar artificiellt skarpa gränser [5-7]. I DSM anges därför tydligt att kriterierna är hjälpmedel och inte ensamma tillräckliga för diagnostik. I förordet listas ett antal generella principer.

Även om det sker på olika sätt så bygger både ICD och DSM upp sina diagnosdefinitioner genom att karaktärisera fyra faktorer: debutålder, förlopp, eventuell relation till yttre stressorer samt typiska symtom under tillståndets aktiva faser. Gemensamt för systemen är också att en diagnos kräver att patientens besvär inte bara är flyktiga eller lindriga, utan medför signifikant lidande eller funktionsnedsättning.

DIAGNOSTIK I PRAKTIKEN

Steg 1. Översiktintervju

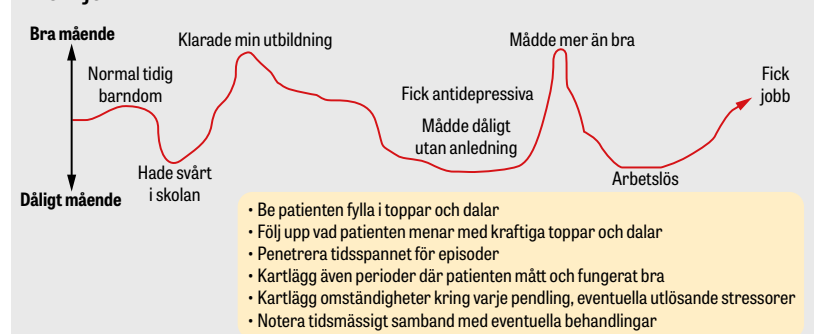
Diagnostiken inleds lämpligen med en översiktlig intervju där man med öppna frågor gör en bred kartläggning av patientens aktuella och tidigare besvär utan att styras av någon specifik diagnosmisstanke. Syftet är att identifiera den eller de mest misstänkta diagnoserna utan att fastna i detaljer om specifika tillstånd.

Intervjun inleds oftast genom att låta patienten berätta om sina aktuella symtom, sociala situation och eventuella stressorer som påverkar måendet (betänk att en förväntad reaktion på någon stressor inte är en psykisk störning). Man bör även skaffa sig en uppfattning om patientens normala mående och fungerande för att ha något att jämföra med när man försöker urskilja ett insjuknande eller återkommande episoder.

FÖRSLAG TILL FRÅGOR FÖR ATT SKAFFA RELEVANT INFORMATION

Område	Frågor	Möjliga diagnoser
● Aktuella besvär	<i>Kan du berätta om dina besvär? Vilka är dina tre värsta problem? Hur påverkar de hur du kan fungera? Är du utsatt för någon belastning (våld, hot, substansbruk, sjukdom)?</i>	Alla, men symtomen kan vara mer eller mindre typiska för någon diagnos
● Perinatalperioden	<i>Har du hört om din mamma eller du själv drabbades av någon skada eller sjukdom under graviditet, förlossning eller spädbarnstiden?</i>	Traumarelaterade besvär; separationsångest, social ångest, tvångssyndrom, specifik fobi
● Tidig utveckling	<i>Har du hört om du lärde dig att gå och tala i normal tid? Har du hört om du under förskoleåldern ville leka med andra barn?</i>	ADHD, autism, intellektuell funktionsnedsättning (förekomst från barndom och genom hela livscykeln)
● Tidig skolålder (6-12 år)	<i>Hur klarade du skolan? Kunde du lära dig läsa och skriva i normal tid? Kunde du sitta still och koncentrera dig på lektionerna? Hade du lätt att få och behålla vänner? Blev du utanför eller utsatt för mobbning? Var du utsatt för några olyckor, övergrepp eller trauma?</i>	ADHD, autism, intellektuell funktionsnedsättning (förekomst från barndom och genom hela livscykeln)
● Tonår (13-19 år)	Puberteten och tonåren medför en kroppslig utveckling och nya sociala utmaningar. Det är en period då den egna identiteten ska formas och samtidigt en tid då många psykiatriska tillstånd debuterar. <i>Hur gick det för dig under tonåren? Fick du godkända slutbetyg? Hur gick det med relationer till kamrater och vuxna? Fick du några problem med att må dåligt eller med ditt beteende? Använde du alkohol eller droger?</i>	Ångest, affektiva tillstånd, psykostillstånd, tvångssyndrom, ätstörningar, personlighetsyndrom
● Tidiga vuxenår (20-30 år)	Även i denna åldersperiod är det vanligt med debut av psykiatriska tillstånd. Samtidigt ställs nya krav på att bygga upp en självständig tillvaro med yrke, försörjning och relationer. <i>Hur gick det för dig efter att du slutade skolan? Kunde du etablera dig på arbetsmarknaden/studerade du? Fick du relationer som du var nöjd med? Hur ser du på dina egna förmågor och egenvärde?</i>	ADHD, autism, intellektuell funktionsnedsättning (förekomst från barndom och genom hela livscykeln)
● Vuxenår (30-65 år)	<i>Hur har det gått för dig i vuxen ålder? Har det funnits perioder då du mått dåligt? På vilket sätt? Har du råkat ut för händelser eller motgångar som påverkat dig? Hur har det varit med alkohol, droger och andra sjukdomar?</i>	Depression, stressutlösta besvär (kriser; anpassningsstörning, utmattning), substansrelaterade och sekundära psykiatriska syndrom
● Ålderdom (>65 år)	Utöver risk för debut av vuxenlivets tillstånd tilltar med stigande ålder risken för psykiska besvär sekundära till demensutveckling eller annan sjukdom. <i>Hur har det gått på senare år? Har du drabbats av sjukdomar? Har du fått några problem som du inte hade tidigare?</i>	Depressioner, vanföreställningssyndrom, demens, sekundära psykiatriska syndrom

Livslinje



► Skalsätt y- och x-axel utifrån omständigheterna. Y-axelns ytterligheter bör inte inledningsvis förankras i diagnostiska begrepp som mani eller depression, utan hellre i beskrivande termer som orolig, nedstämd, trött, okoncentrerad, rädd, apatisk, irriterad etc.

PSYKISKT STATUS

Patientens psykiska status är en mycket viktig del av diagnostiken och kan starkt tala för eller emot vissa diagnoser. Det är viktigt att notera diskrepanser mellan patientens anamnes och status (till exempel rapporterad ständig rösthallucinos utan observerbara tecken på sådan). Se QR-kod eller <https://youtu.be/zQ1fEml6zXU> för förklaringar till begreppen.



- Yttre kännetecken (avvikande klädsel, hygien)
- Kognitiv status (vakenhet, orientering, uppmärksamhet, klarhet)
- Kontaktförmåga (formell och emotionell kontakt)
- Stämningsläge (neutralt, sänkt, förhöjt, irriterat, avledbarhet)
- Psykomotorik (hämmad/minskad, normal, ökad, agitation – inkludera mimik och kroppsspråk)
- Perception (hallucinatoriskt beteende, det vill säga inte anamnestiska uppgifter, observera om patienten ser/lyssnar efter någonting!)
- Talet och tankarnas form (hastighet/produktivitet, mängd, förlopp, tankeflykt/-stopp, svarslatens, prosodi)
- Tankarnas innehåll (paranoia, vanföreställningar, övervärdiga idéer, kongruens)
- Suicidalitet (suicidstege, riskfaktorer, skyddsfaktorer – sammanfatta)
- Insikt (god, partiell, saknas, behandlingsmotivation)

Inte sällan finns dock de diagnostiska ledtrådarna i patientens tidigare livs- och sjukdomshistoria. Därför bör man kartlägga tidig utveckling, hur patientens uppväxtmiljö varit, eventuella trauman eller sjukdomar under livet, när de psykiska besvären eller funktionspåverkan började, hur besvären utvecklats över tid och vilka de mest framträdande symtomen varit. Ibland kan det vara till hjälp att rita en »livslinje« på en tavla och där fylla i viktiga händelser.

Vid vissa tillstånd berättar patienten sällan spontant om symtomen, så det är bra att fråga specifikt om dem. Exempel på sådana tillstånd är manier och hypomanier, tvångssymtom, traumarelaterade besvär, sexuella besvär, psykotiska upplevelser och substansbruk. I det skedet kan ett intervjustöd som innehåller diagnosspecifika screeningfrågor om olika tillstånd, till exempel MINI, (Mini international neuropsychiatric interview), vara till hjälp. Observation av patientens utseende och beteende – psykisk status – ingår i bedömningen och man bör ta ställning till olika somatiska undersökningar.

Med hjälp av en analys av de »fyra faktorer« som bygger upp diagnoser (debut, relation till stressorer, förlopp, symtom) brukar man vanligen kunna identifiera ett mindre antal diagnoser som kan vara aktuella för att sammanfatta patientens problematik.

Steg 2. Fördjupning och differentialdiagnostik

I nästa steg fokuserar man på den eller de diagnosmisstankar som väckts. Om översiktsintervjun tytt på ett episodiskt förlopp kan man behöva fråga mer detaljerat om huruvida symtomen under besvärperioder verkligen skiljer sig kvalitativt från perioder då patienten uppgett sig vara symtomfri.

För att få en övergripande klinisk bedömning av om

TYPISKA KARAKTÄRISTIKA FÖR DE VANLIGASTE PSYKIATRISKA DIAGNOSERNA

	Vanligaste debutålder [13]	Stressor	Typiskt förlopp	Symtom
• Depression	13 år–	Ej obligat	Episodiskt	Nedstämdhet, anhedoni, minskad aktivitet, negativt tänkande, motorisk hämning, dödsönskan
• Bipolär sjukdom	13–30 år	Ej obligat	Episodiskt	Eufori eller irriterabilitet, aktivering, minskat sömnbehov, ökad självkänsla
• Schizofreni	13–30 år	Ej obligat	Kroniskt	Vanföreställningar, hallucinationer, desorganisation, negativa och kognitiva symtom
• Vanföreställningsyndrom	30 år–	Ej obligat	Kroniskt	Isolerade vanföreställningar
• Paniksyndrom	25–50 år	Ej obligat	Inledningsvis attacker	Oväntade attacker av intensivt obehag med sjukdomsrädsla
• Social ångest	8–15 år	Ej obligat	Inledningsvis attacker	Ångestattacker vid upplevda granskningssituationer med tankar om förödmjukelse
• Generaliserat ångestsyndrom	25 år–	Ej obligat	Kroniskt	Överspändhet, orostankar, autonoma symtom
• Tvångssyndrom	8–20 år	Ej obligat	Kroniskt	Upprepade ovälkomna tankar som ger ångest och lindras genom upprepade handlingar
• ADHD	Barndom (<12 år), funktionsnedsättning kan bli manifest senare	Ej obligat	Kroniskt	Uppmärksamhetsstörning, hyperaktivitet, impulsivitet, exekutiva svårigheter
• Autism	Barndom (<12 år), funktionsnedsättning kan bli manifest senare	Ej obligat	Kroniskt	Svårigheter med sociala koder, rigida beteendemönster
• Personlighetssyndrom	Tonår	Ej obligat	Kroniskt	Interpersonella svårigheter, problematisk självbild
• Anpassningsstörning	Alla åldrar	Stress-situation	Episodiskt	Alla sorts symtom, övergående om stressorn upphör
• PTSD	Alla åldrar	Extremt skrämmande händelse	Kroniskt	»Flashbacks«, mardrömmar, undvikande av allt som påminner om händelsen, överspändhet
• Krisreaktion	Alla åldrar	Påfrestande händelse	Övergående	Alla sorters symtom
• Substansutlösta syndrom	Alla åldrar	Substansintag	Varierar	Olika symtom och förlopp beroende på substans och intagsmönster

tillståndet stämmer med diagnoskraven är vinjetterna i ICD-11 bra att använda. Det är också bra att stämma av mot diagnoskriterierna i DSM-5-TR. Det finns många semistrukturerade intervjuer som kan vara till hjälp. Om patientens besvär förefaller måttliga kan man göra en fördjupad bedömning av funktion, vilken kan bli underlag för att avstå från psykiatrisk diagnos. Att minska eller ta bort dessa moment och ersätta dem med enbart kriterieundersökningar kan leda till både över- och underdiagnostik [8].

Vanligen bedöms flera diagnosmisstankar vid fördjupningen. Det är exempelvis vanligt att den klinis-

FÖRSLAG TILL SOMATISK UTREDNING

Vissa undersökningar kan motiveras av både medicinska och pedagogiska skäl, exempelvis EKG hos en patient med panikattacker och hjärtrusningar. Vilka av nedanstående utredningar som är nödvändiga får avgöras från fall till fall efter en klinisk bedömning.

- Somatiskt status: hjärta, lungor, neurologi, buk
- Blodprov: CRP, blodstatus, elektrolytstatus, leverprov, fasteglukos, PETH
- Puls och blodtryck
- EKG (QTc, rytmrubbningar)
- Sköldkörtelrubbningar och järnbrist
- Vikt och längd

FALLGROPAR

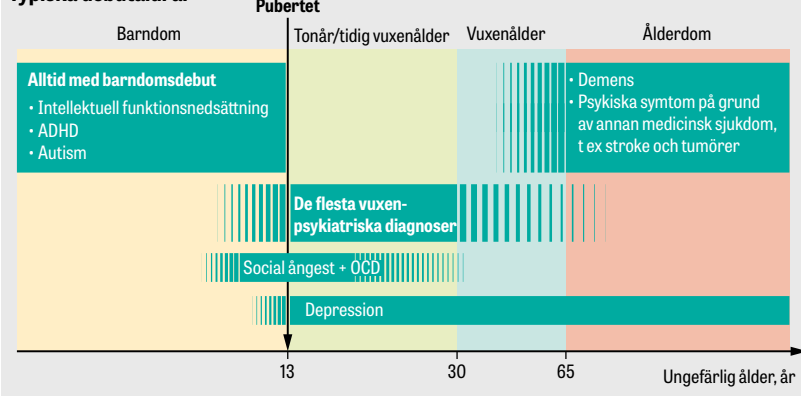
- Att läsa sig vid remissens, patientens eller anhörigas åsikt om diagnos. Dessas åsikter ska förstås beaktas, men ses som hypoteser.
- Att läsa sig vid sitt eget intuitiva intryck. Även detta bör ses som en hypotes, och slutsatser ska vänta tills nödvändig information samlats [12].
- Begreppet »funktionsnedsättning« behöver ges en mer konkret innebörd än patientens självrapportering. Nedsättningen ska vara signifikant. Man kan ta hjälp av etablerade skattningsskalor, exempelvis WHODAS (WHO disability assessment schedule).
- »Checklistediagnostik«: Kriterierna är inte facit för diagnosen. Glöm inte övriga delar i den diagnostiska processen!
- Överdiagnostik: När normala belastningar eller sociala problem diagnostiseras som psykiatriska tillstånd begränsas möjligheten till framgångsrikt behandlingsutfall med hög risk för både biverkningar, stigma, missnöje, självförstärkande cirklar och hopplöshet.

ka bilden vid ADHD, bipolär sjukdom typ 2 och emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) överlappar, eller att ångestsyndrom och depressiva episoder överlappar. De olika ångestsyndromen ligger också ofta nära varandra. De tidiga stadierna av psykotiska syndrom kan likna insjuknandet vid affektiv sjukdom eller personlighetssyndrom [9]. I dessa eller liknande situationer är det särskilt viktigt att bedöma om det rör sig om en faktisk samsjuklighet - det vill säga att patienten de facto bör få två eller flera diagnoser - eller om besvären trots allt bäst ramas in av en.

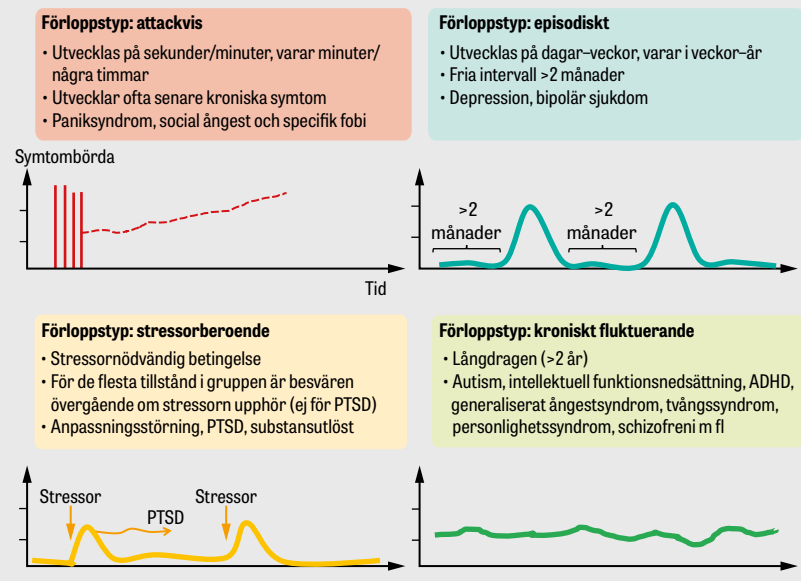
I detta skede kan det vara till hjälp att bedöma graden av likhet mellan tillståndets centrala symtombild och de typiska formerna av en viss diagnos [10, 11]. Om man finner att tillståndet egentligen mest liknar typfallet för en viss diagnos och bara ytligt de övriga diagnoserna bör man inte beteckna det som samsjuklighet. Om man däremot finner att tillståndet verkligen utgör typfall för flera diagnoser är det motiverat att prata om samsjuklighet.

Intervju av anhöriga eller insamling av information från journaler behövs ofta som komplement till patientintervjun. Ibland är det nödvändigt med en tidsobservation för att komma fram till en välgrundad diagnostisk bedömning. Vid misstanke om intellektuell funktionsnedsättning krävs kognitiv testning.

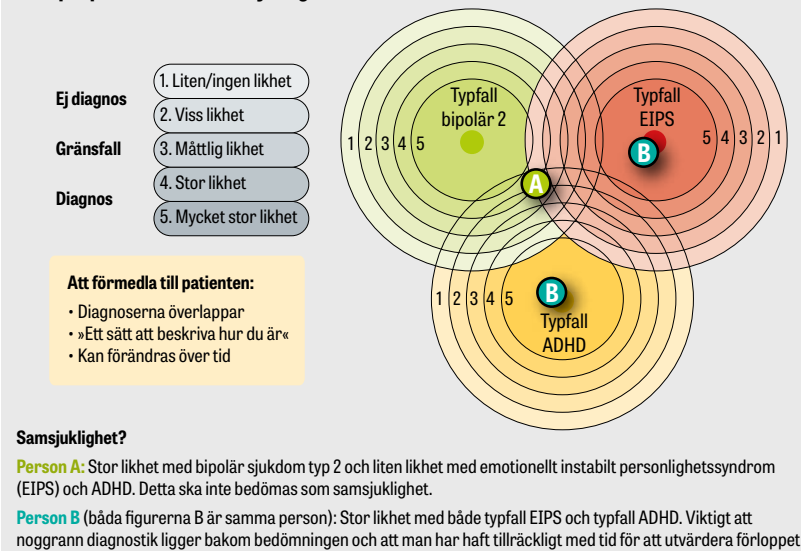
Typiska debutåldrar



Förloppstyper



Exempel på misstänkt samsjuklighet



Steg 3. Konceptualisering och diagnostisk beteckning

För att öka chansen till samsyn om diagnostiken med patienten är det bra att initialt sammanfatta det centrala underlaget för sin bedömning utan att nämna dess diagnostiska beteckning – en så kallad konceptualisering. Man kan behöva förklara att en psykiatrisk diagnos är ett sätt att beskriva patientens besvär och att symtom och beteenden kan sammanfattas som en diagnos. På så sätt kan man bidra till att öka patientens förståelse för att diagnoser kan komma att revideras i framtiden. Man kan också undvika att patienten identifierar sig alltför starkt med sin diagnos.

Patienten ges möjlighet att kommentera om konceptualiseringen är en adekvat beskrivning av det centrala i problematiken. Man bör dock vara vaksam på om patienten har en bristande sjukdomsinsikt, vilket kan vara fallet vid framför allt psykossjukdom.

Det kan ibland framkomma ny information som gör att konceptualiseringen behöver revideras. Om man överväger att inte ställa diagnos, utan bedömer att patientens besvär ligger inom vad som kan betraktas som normalvarianter, kan man förklara det allmänna kravet på signifikant lidande eller funktionsnedsättning. Om patienten kan bejaka den slutliga konceptualiseringen och om besvären når upp till kraven för diagnos talar man om vad diagnosen kallas i vår klassifikation. Då kan patienten ges information om vad vi vet om diagnosen, såsom dess prognos och behandlingsmöjligheter.

Steg 4. Uppföljning

Ibland kan det vara nödvändigt med en tids observation för att komma fram till en välgrundad diagnostisk bedömning. Eftersom vi saknar specifika test som säkert kan bekräfta psykiatriska diagnoser är även den mest välgjorda diagnostiken en sannolikhetsbedömning av vilken/vilka diagnoser som bäst fångar in patientens problematik. Om man vid uppföljning finner ett oväntat förlopp eller behandlingssvar, eller om det framkommer ny information som motsäger tidigare diagnos, bör man göra en ny diagnostisk bedömning. För att utföra en optimal diagnostik måste man därför kunna följa förloppet och göra en longitudinell bedömning av helhetsbilden. Träning tillsammans med erfarna kollegor med stöd av diagnostiska intervjuer ökar tillförlitligheten i diagnostiken.

SAMMANFATTNING

Psykiatrisk diagnostik inleds lämpligen med en intervju som ger en helhetsbild av patientens problematik och situation med fokus på debutålder, förlopp, relation till yttre stressorer och typiska symtom. De diagnosmisstankar som uppkommer bör undersökas vidare. Ofta krävs ytterligare information från till exempel anhöriga. I dialog med patienten kan den eller de mest sannolika diagnoserna fastställas och en vårdplan upprättas. Vid uppföljning kan ett förväntat förlopp eller typiskt behandlingssvar stödja diagnosen, men ny information eller oväntade behandlingssvar kan medföra att diagnosen behöver revideras. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Mats Adler har föreläst för Janssen-Cilag och driver företaget Psykiatriutveckling Sverige AB.

Citera som: *Läkartidningen. 2025;122:24068*

EXEMPEL PÅ KONCEPTUALISERING AV FALLET ALEX

► »Du berättar att du mådde dåligt första gången i högstadiet, då du höll dig hemma och kände dig trött och nere i ett par månader. Sedan blev du bättre under ett år, följt av ännu en långvarig svacka när du knappt tog dig ut. Skolgången gick bra, men du hade inte så många kompisar. Nu är det tredje gången du känner dig så här nere. Men innan du började känna dig nere den här gången hade du en period då du mådde bättre än någonsin – du var extremt aktiv, nästan euforisk och behövde bara enstaka timmars sömn. Du berättade också att din mamma blev orolig för dig och att du spenderade alla dina sparpengar, samt flirtade med okända människor och verkade tycka att du stod över andra. Du var till och med inlagd på psykiatri över en natt eftersom din pappa hade tjuvat dit dig. Vi har också pratat om att du dricker en del öl och röker cannabis, men just när du var så där euforisk hade du inte tagit några droger. ► Tycker du att det här stämmer med hur dina besvär har sett ut?«

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- psykiatrisk diagnostik kräver utbildning, klinisk erfarenhet och kontinuitet
- en välgrundad psykiatrisk diagnos baseras på en helhetsbedömning av patientens besvär
- psykiatriska diagnoser reflekterar heterogena tillstånd
- det inte finns diagnostiska biologiska markörer för psykiatriska diagnoser.

Åsikterna går isär vad gäller

- vad psykiatriska tillstånd är (sjukdomar? störningar? syndrom? extrema normalvarianter?)
- vikten av att överhuvudtaget ställa en psykiatrisk diagnos, jämfört med att endast behandla symtomatiskt eller problemfokuserat
- i vilken grad det kommer att vara möjligt att identifiera specifika biomarkörer för psykiatriska diagnoser.

REFERENSER

1. Adler M, Bengtsson J, Rück C. Låt inte ovaliderade diagnoser få fäste innan evidens finns. *Läkartidningen*. 2024;121:23206.
2. ICD-11 for morbidity and mortality statistics. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed (DSM-5), text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
4. Reed GM. Development and innovation in the ICD-11 chapter on mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. In: Tyrer P (editor). *Making sense of the ICD-11*. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 5-16.
5. Frances A. *Essentials of psychiatric diagnosis*. New York: Guilford Press; 2013.
6. Herlofson J (redaktör). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2016.
7. Adler M. *Psykiatrisk diagnostik*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
8. Ahlén R, Molnar E. En sammanställning av publikationer om överdiagnostik av psykiatrisk sjukdom. Örebro: Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro (Camtö); 2021. HTA-rapport 2021:44.
9. Hartmann JA, McGorry PD, Destree L, et al. Pluripotential risk and clinical staging: theoretical considerations and preliminary data from a transdiagnostic risk identification approach. *Front Psychiatry*. 2021;11:553578.
10. Adler M. *Klinisk psykiatrisk diagnostik*. Stockholm: Psykiatriutveckling Sverige AB; 2019.
11. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*. 2012;11(1):16-21.
12. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, et al. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Med Educ Online*. Epub 14 mar 2011. doi: 10.3402/meo.v16i0.5890.
13. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64.