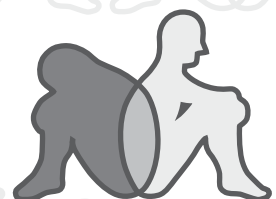


Prime·MD

PRIMARY CARE EVALUATION OF MENTAL DISORDERS

Ett dokumenterat diagnostiskt redskap för praktiserande läkare

HANDLEDNING





Ett dokumenterat diagnostiskt redskap för praktiserande läkare

HANDLEDNING

Prime-MD är utarbetad av Robert L. Spitzer, MD, Janet B.W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin deGruy III, MD, Steven R. Hahn, MD och David Brody, MD., med ekonomiskt stöd från Pfizer Inc., New York.

Ytterligare upplysningar kan fås via: Robert L. Spitzer and Williams Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute 722 West 168th Street, Unit 74 New York, NY 10032

Pfizer AB 191 90 Sollentuna, Tel 08-550 520 00, www.pfizer.se

Den svenska utgåvan av denna handledning är framtagen i samarbete med Dr. Pär Svanborg, Psyk. klin., KS och Doc. Lisa Ekselius, Psyk. klin., UAS.

Den svenska utgåvan av Prime-MD tillhandahålles av:

Innehåll

Inledning	5
Hur skall Prime-MD användas?	7
Definitioner av diagnoser i Prime-MD och behandlingsförslag	11
Diagnostiska kriterier och behandlingsförslag	12
Referenser	18

BAKGRUND

Psykisk sjukdom förekommer som primärt eller sekundärt tillstånd hos minst 20% av alla patienter i primärvården ^(1, 2). Flertalet patienter med psykisk sjukdom behandlas i primärvården och endast ett fåtal utreds och behandlas på sjukhus eller hos specialistläkare ^(3, 4). Fyra grupper av psykiatriska sjukdomar: depressioner, ångesttillstånd, somatiseringstillstånd och alkoholmissbruk utgör merparten av psykiatriska sjukdomar i primärvården ^(4, 5). Hälften av dessa sjukdomar förblir odiagnostiserade ^(6, 7), vilket resulterar i betydande besvär för patienterna och en stor resursförbrukning i sjukvårdssystemet ^(5, 8, 9).

Prime-MD är ett diagnostiskt verktyg, som ger möjlighet att snabbt screena och skaffa underlag för klinisk diagnostik för de psykiska sjukdomar som oftast ses bland vuxna patienter i primärvården. Med hjälp av Prime-MD är det möjligt att ställa standardiserade frågor som har diagnostiskt värde inom de ovan nämnda psykiatriska sjukdomskategorierna. Inom varje kategori används ett strukturerat formulär som fokuserar på de centrala symtomen, samt ett beslutsträd som underlättar differentialdiagnostiska överväganden.

Prime-MD bygger på diagnoskriterierna i American Psychiatric Association's diagnosmanual DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition ⁽¹⁰⁾, svensk översättning; MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV ⁽¹¹⁾. I Europa används officiellt WHO's kriterier som finns i ICD-9 och ICD-10. (International Classification of Diseases, 9th and 10th edition ^(12, 13), svensk översättning; ICD-10. Klassifikation av sjukdomar. Forskningskriterier del 1. Allmän psykiatri ⁽¹⁴⁾. ICD-10 och DSM-IV är relativt lika även om vissa smärre skillnader finns. Prime-MD innehåller även ICD-10 koderna i diagnossammanfattningen.

MÅNGA ANVÄNDNINGSMÖJLIGHETER

Prime-MD kan användas för screening vid nybesök eller av tidigare kända patienter, oberoende av kontaktorsak. Prime-MD kan också användas för screening av de patienter som man misstänker har en psykisk sjukdom, men vars natur är oklar. Vid ett screeningförfarande kan alla modulerna användas oavsett vad som framkommer i patientformuläret. Till patienter med misstänkt psykisk sjukdom används de moduler som förefaller relevanta utifrån svaren i patientformuläret.

MATERIAL

Prime-MD består av två delar. Den första delen består av ett patientformulär (PF) som patienten själv fyller i före läkarbesöket. Detta formulär innehåller 28 frågor som alla ska besvaras med JA eller NEJ samt en fråga om patientens allmänna hälsotillstånd. Dessa 28 frågor behandlar de diagnostiska kategorierna affektiva tillstånd, ångesttillstånd, ätstörningar, somatoforma tillstånd, alkoholmissbruk/beroende, tvångssyndrom samt social fobi. Den sista frågan i patientformuläret har inget diagnostiskt värde i sig men används för att ge en bild av hur patienten uppfattar sitt eget hälsotillstånd. Den andra delen av Prime-MD är läkarens utvärderingshandledning (LUH). Läkaren använder den för att samla in ytterligare information inom de områden som förefaller relevanta utifrån svaren i patientformuläret. Läkarens utvärderingshandledning kan användas när som helst under patientbesöket men används vanligen efter det att anledningen till att patienten söker har klarlagts. Diagnostik av patientens aktuella psykiska tillstånd sker efterhand som man går igenom utvärderingshandledningen. Den är indelad i 7 moduler som behandlar de diagnostiska kategorierna enligt ovan. När intervjun avslutats noteras arbetsdiagnoserna på sista sidan i utvärderingshandledningen (LUH), sammanfattningssidan.

VALIDERING

Validering av Prime-MD är gjord i två amerikanska studier^(15, 22). I en multicenterstudie⁽¹⁵⁾ i amerikansk primärvård ingick 1000 patienter vid 4 centra. Mer än en tredjedel av patienterna fick en psykiatrisk diagnos enligt Prime-MD och dessa patienter hade en betydligt större funktionsnedsättning på olika områden jämfört med patienter utan en Prime-MD diagnos. Detta gällde även när resultaten korrigerats för ålder, kön och en rad somatiska diagnoser m m. Specialistutvärdering av samma grupp av patienter visade att allmänläkare hanterade Prime-MD med god precision (hög sensitivitet och specificitet) inom de viktigaste diagnoskategorierna.

HUR SKALL PRIME-MD ANVÄNDAS?

PATIENTFORMULÄRET (PF)

Patienten fyller lämpligen i formuläret i lugn och ro i väntrummet. Man bör förklara för patienten att alla frågorna skall besvaras för att underlätta för läkaren att bättre förstå hans/hennes symtom. När patienten är klar med formuläret går man igenom det, för att utvärdera om det finns tillräckligt många JA-svar i någon av symtomgrupperna för att gå vidare med en eller flera av modulerna i läkarens utvärderingshandledning. Man bör stämma av med patienten att denne förstått frågorna i patientformuläret. Om patienten besvarar frågorna med NEJ i formuläret men det trots detta finns en klinisk misstanke om en psykisk störning bör man självfallet gå vidare med de moduler i läkarens utvärderingshandledning som kan vara relevanta.

LÄKARENS UTVÄRDERINGSHANDLEDNING (LUH)

Den första sidan av LUH består av en kort instruktion samt ett förslag till hur samtalet med patienten kan inledas.

Generella principer:

1. Instruktioner till läkaren (intervjuaren) är tryckt med fet stil i blå färg. Diagnoserna har röd bakgrund. Frågor eller uttalanden från intervjuaren är tryckta med "denna stil" i svart.
2. Gå till de moduler i läkarens utvärderingshandledning som indikeras av JA-svaren i PF. Om intervjuaren misstänker att patienten kan ha en diagnos som finns i en modul som inte är indikerad av PF (t ex patienten verkar deprimerad trots att han inte svarat JA på de aktuella frågorna) bör intervjuaren ändå använda den modulen.
3. Inom varje modul ska frågorna ställas i nummerordning såvida inte en instruktion om att "gå till" en annan fråga finns eller "UT" har markerats från modulen. Kom ihåg: Gå alltid vidare till nästa fråga om det inte finns en instruktion om något annat.
4. "UT" betyder alltid att man ska lämna modulen. Därefter kan man gå antingen till nästa modul som behöver utvärderas eller så kan man gå till den sista sidan i LUH (sammanfattningssidan).
5. Intervjuaren kan komplettera frågorna med ytterligare klagande frågor. Intervjuaren bör också diskutera resultatet av LUH med patienten.

Depressionsmodul

Denna modul börjar med frågor som berör de nio karakteristiska symtomen vid diagnosen egentlig depression. Om fem eller fler av frågorna besvaras med JA ställs diagnosen egentlig depression (eng. Major Depression). Om färre än fem depressiva symtom föreligger, och något av dessa är sänkt stämningsläge eller bristande intresse eller lust, ska man överväga om partiell remission av egentlig depression föreligger. Därefter tar man ställning till dystymi och slutligen, om inget depressivt tillstånd diagnostiserats, till lätt depression (eng. Minor Depression).

Om patientens svar på fråga 16 i läkarens utvärderingshandledning (litium och bipolär sjukdom) tyder på att patienten har en bipolär sjukdom i anamnesen, ska bipolär sjukdom läggas till en eventuell depressionsdiagnos. Även om bipolär sjukdom är mindre vanlig är den viktig att känna igen, eftersom den kräver annan behandling än andra depressiva tillstånd.

Vid den sista frågan i depressionsmodulen ska läkaren ta ställning till huruvida en somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog orsakar de depressiva symtomen. Exempel på möjliga etiologiska faktorer är hypotyreoidism, vissa sjukdomar i centrala nervsystemet som t ex Parkinsons sjukdom, viss antihypertensiv medicinering eller hallucinogener. Om svaret på frågan är JA, eller "inte säker" skall diagnosen depression orsakad av somatisk sjukdom, ordinerad medicin, eller missbruksdrog läggas till.

Ångestmodul

Denna modul utvärderar först panikångestsyndrom och sedan generaliserat ångestsyndrom. Den inledande instruktionen för panikångestsyndrom instruerar intervjuaren att hoppa över denna sektion om svaret på fråga 21 i patientformuläret, panikattacker, är NEJ. Oavsett om panikångestsyndrom föreligger eller inte, ska intervjuaren sedan överväga möjligheten av att patienten har ett generaliserat ångestsyndrom. Om det föreligger framträdande ångestsymtom, men de inte är tillräckligt många för att uppfylla kriterierna för diagnoserna panikångestsyndrom eller generaliserat ångestsyndrom skall diagnosen ångest UNS ställas. Slutligen, om någon ångestdiagnos ställts skall intervjuaren även överväga diagnosen ångest beroende på somatisk sjukdom, medicinering eller missbruksdrog (fråga 45, läkarens utvärderingshandledning). Exempel på möjliga etiologiska faktorer är hypertyreoidism, feokromocytom, extremt koffeinintag, användning av stimulantia som t ex amfetamin eller kokain. Om svaret är JA eller "inte säker" skall denna diagnos läggas till.

Alkoholmodul

Fem frågor ställs kring olika tecken på alkoholmissbruk. Denna sektion innehåller tre frågor från screeninginstrumentet för alkoholberoende, CAGE ⁽¹⁶⁾. Ett JA-svar på någon av dessa frågor är tillräckligt för att ställa diagnosen troligt alkoholmissbruk/beroende.

En låg tröskel används för denna diagnos eftersom förnekande är vanligt hos patienter med allvarliga alkoholproblem. Samtidigt är diagnosen endast ”troligt” i avvaktan på ytterligare information, antingen från patienten eller från andra källor, som bekräftar eller förkastar diagnosen. Eftersom det främsta syftet med denna modul är att uppmärksamma läkaren på ett eventuellt alkoholproblem görs ingen åtskillnad mellan alkoholmissbruk och alkoholberoende.

Ätandemodul

Denna modul identifierar två typer av bulimia nervosa med eller utan självrensning. Bulimia nervosa med självrensning är ett tillstånd där patienten eliminerar överflödiga kalorier genom att göra sig av med födan innan den tas upp, antingen genom att inta laxermedel i överdos eller genom att kräkas upp maten. Bulimia nervosa utan självrensning är ett tillstånd där patienten avhåller sig från föda under onormalt lång tid eller utför fysisk aktivitet med den enda målsättningen att förbränna kalorier.

Somatoform modul

Om patienten har svarat JA på tre eller fler frågor kring somatiska symtom i patientformuläret (fråga 1–15) ska läkaren ta ställning till om dessa är uttryck för ett somatoformt syndrom eller ej.

Vid somatoforma syndrom saknar symtomen påvisbar organisk orsak, eller så kan inte symtomens svårighetsgrad eller patientens funktionsnedsättning tillfredsställande förklaras av en faktisk organisk orsaksfaktor.

Om egentlig depression eller panikångest också är diagnostiserade räknas inte de symtom som ingår i kriterierna för dessa diagnoser som somatoforma (t ex palpitationer och andnöd vid paniksyndrom eller trötthet och insomni vid depression). Om patienten har haft dessa eller andra ospecifika fysiska symtom under flera år ställs diagnosen troligt somatiseringssyndrom.

Tvångsmodul

Sju frågor ställs kring olika tecken på tvång. Så snart patienten svarat JA på en av frågorna (46–52) kan du gå vidare till frågorna 53 och 54.

Om därefter någon av frågorna 53 eller 54 besvaras med JA så ställs diagnosen tvångssyndrom. Vid den sista frågan i tvångsmodulen ska läkaren ta ställning till huruvida en somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog orsakar tvångssyndromet. Om svaret på frågan är JA eller "inte säker" skall diagnosen tvångssyndrom orsakad av somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog läggas till.

Social fobimodul

Denna modul börjar med fem frågor som berör social fobi. Om minst en av frågorna 56–60 besvaras med JA, ställs frågorna 62 och 63. Om båda dessa frågor besvaras med JA, ställs diagnosen social fobi. Slutligen skall intervjuaren, om diagnosen social fobi ställs, ta ställning till huruvida en somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog orsakar symtomen på social fobi.

Om svaret är JA eller "inte säker" skall diagnosen social fobi orsakad av somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog läggas till.

DEFINITIONER AV DIAGNOSER I PRIME-MD OCH BEHANDLINGSFÖRSLAG

Diagnoserna i Prime-MD är baserade på de diagnostiska kriterierna i American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) ⁽¹⁰⁾. Dessa diagnostiska kriterier har modifierats för att optimera deras användbarhet i primärvården. Vissa diagnoser som ligger under tröskeln för att uppfylla de egentliga DSM-IV diagnoserna är ändå inkluderade för att de kan vara relevanta för läkarens behandling av patienten.

Behandling med psykofarmaka såsom antidepressiva läkemedel bör alltid innehålla en diskussion med patienten avseende medicineringen och dess bieffekter samt vikten av regelmässig uppföljning av behandlingen.

DIAGNOSTISKA KRITERIER OCH BEHANDLINGSFÖRSLAG

DEPRESSION

Diagnostiska kriterier

Egentlig depression: Under de senaste två veckorna har patienten nästan varje dag haft sänkt stämningsläge eller bristande intresse eller glädje som ett av minst 5 diagnostiska symtom.

Partiell remission av egentlig depression: Under den senaste månaden har patienten haft färre än de 5 diagnostiska symtomen som krävs för en diagnos av egentlig depression men tidigare har han haft en episod med troligtvis minst 5 av dessa. De nuvarande symtomen representerar en partiell remission av en förutvarande egentlig depressionsepisod från vilken patienten nu delvis är återställd.

Dystymi: Under minst 2 år har patienten varit deprimerad under större delen av tiden vilket har påverkat patientens arbete eller sociala funktionsförmåga. Patienter med dystymi och egentlig depression har s k dubbel depression. Dessa patienter har generellt större funktionshinder och en sämre prognos än patienter med ”enbart” egentlig depression.

Behandlingsförslag

Alla patienter med MADRS score ≥ 20 * bör erbjudas antidepressiv behandling. Ibland kan också psykoterapi vara indicerat. Patienter med hög suicidrisk, uttalad funktionsnedsättning eller psykotiska inslag ska remitteras till psykiatriker. Se vidare Farmakoterapi vid depression, Information från Läke-medelsverket 1995:5 (17).

Ställningstagande till underhållsbehandling eller profylax med antidepressiv medicinering.

Resultat från kontrollerade studier på patienter med dystymi har visat att behandling med antidepressiva läkemedel ofta är effektivt (18).

*MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) (21) inkluderar de tio vanligaste symtomen vid egentlig depression. Varje symtomvariabel graderas från noll (avsaknad av symtomet) till 6 (maximalt uttalat symtom). I en annan version av skalan används graderingen 0–3. MADRS finns sedan några år också i en självskattningsversion (22). De symtomvariabler som ingår i MADRS är:

- Sänkt grundstämning (hämning)
- Nedstämdhet
- Ångestkänslor
- Minskad sömn
- Minskad aptit
- Koncentrationssvårigheter
- Initiativlöshet
- Minskad känslomässigt engagemang
- Depressivt tankeinnehåll (pessimism)
- Livsleda och självmordstankar

Diagnostiska kriterier

Lätt depression: Under en 2 veckors-period har patienten haft sänkt stäm-ningsläge eller saknat intresse eller lust samt haft minst två av symtomen för egentlig depression. Diagnosen lätt depression övervägs endast om ingen av ovanstående depressionsdiagnoser ställts. Denna kategori finns i DSM-IV som ett exempel på depressivt tillstånd UNS.

Bipolär sjukdom: Om någon av de tidi-gare depressiva diagnoserna ställts och en läkare någon gång tidigare ställt diagnosen manodepressiv sjukdom eller förskrivit litium, läggs diagnosen bi-polär sjukdom till depressionsdiagnosen.

Depression beroende på somatisk sjuk-dom, ordinerad medicinering eller miss-bruksdrog: Om de aktuella depressiva symtomen kan bero på de biologiska effekterna av en somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruks-drog (inte bara en psykologisk reaktion på smärta eller invaliditet pga sjuk-dom), registreras denna kategori till-sammans med de andra diagnoserna i depressionsmodulen.

Behandlingsförslag

Om diagnosen ställts tidigt i förloppet kan samtalsterapi och uppföljning va-ra tillräckligt. Om symtomen fortsätter och framförallt är kopplade till en be-tydande funktionsnedsättning behand-las lätt depression som egentlig depres-sion. Dokumentation om behandling av lätt depression är sparsam i kon-trollerade studier men behandling kan i vissa fall övervägas.

Patienter med bipolär sjukdom bör hänvisas till eller behandlas i samarbete med specialist. Dessa patienter bör alltid erbjudas behandling med stäm-ningslägesstabiliserande medel, i första hand litium ⁽¹⁷⁾.

Behandling av den bakomliggande orsaken. Påvisas ett depressivt syndrom bör detta behandlas med sedvanliga antidepressiva åtgärder, inkluderande farmakoterapi och psykosociala åtgärder. Med hänsyn till att somatiskt sjuka patienter ofta är äldre och kän-sliga för biverkningar är SSRI-prepa-raten vanliga förstahandsalternativ. Risken för interaktioner med andra läkemedel måste alltid beaktas ⁽¹⁷⁾.

Diagnostiska kriterier

Paniksyndrom: Återkommande panik-attacker som åtminstone till en början kommer i situationer där patienten inte väntar sig att bli nervös eller känna obehag. Patienten känner ångest inför attackerna och deras följder. En panik-attack är en avgränsad episod av intensiv rädsla eller obehag med minst 4 karakteristiska symtom, som utvecklas hastigt och når sin kulmen inom 10 minuter. Patienter med panikångest undviker ofta platser eller situationer där de är rädda för att få en panik-attack, som t ex att vara borta hemifrån eller i folksamlingar (agorafobi). Det finns belägg för att patienter med panikångest har en ökad suicidrisk.

Generaliserat ångestsyndrom: Under de senaste 6 månaderna har patienten känt sig ängslig, överdrivet bekymrad om många olika saker samt haft minst ytterligare tre ångestsymtom.

Ångest UNS: Ångestkänsla under den senaste månaden som inte uppfyller kriterierna för en specifik ångestdiagnos.

Ångest beroende på somatisk sjukdom, medicinering eller annan missbruksdrog: Om de aktuella symtomen är beroende på de biologiska effekterna av en somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog (inte bara en psykologisk reaktion på smärta eller invaliditet pga sjukdomen) ska denna diagnos läggas till ev andra ångestdiagnoser.

Behandlingsförslag

Har patienten ett utvecklat paniksyndrom där flera attacker följt varandra bör olika behandlingsmöjligheter diskuteras; klomipramin, alprazolam, kognitiv beteendeterapi och selektiva serotoninåterupptagshämmare. Alprazolam är ett alternativ framför allt för patienter som besvärar av biverkningar även på låga doser av serotonerga preparat. Se vidare Farmakoterapi vid ångest, Information från Läkemedelsverket 1995:2 ⁽¹⁹⁾.

Dokumenterat effektiva behandlingar är bensodiazepiner, tricykliska antidepressiva, buspiron och kognitiv beteendeterapi. I Sverige är dock endast buspiron inregistrerat på indikationen. Övriga behandlingar: Serotoninåterupptagshämmare (lovande pilotstudier föreligger). Progressiv avslappning, fysisk träning och vissa former av meditation ⁽¹⁹⁾.

Samma som vid generaliserat ångestsyndrom. Om i tidig fas, kan samtalsterapi och fortsatt uppföljning vara tillräckligt.

Samma som för depressiv sjukdom pga somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog.

Diagnostiska kriterier

Tvångssyndrom: Tvångstankar och/eller tvångshandlingar som förorsakar ett påtagligt lidande eller social funktionsnedsättning.

Behandlingsförslag

Samtidig depression och annan ångestsjukdom är vanligt. Liksom vid social fobi skäms patienterna ofta för sina symtom och vill gärna dölja dem. Av särskild vikt är här alltså att läkaren förmedlar förståelse av den problematik som är förknippad med sjukdomen samt kunskap om dess behandling. Beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi är väldokumenterat effektiva metoder som med fördel kan kombineras med farmakoterapi⁽²⁰⁾. Klomipramin samt flertalet SSRI-preparat har dokumenterad effekt.

Social fobi: En överdriven och uttalad rädsla för en eller flera sociala situationer, där patienten upplever ångest, eller helt undviker situationer där han/hon är i focus för andras uppmärksamhet.

Dokumenterade behandlingsmetoder är kognitiv beteendeterapi samt farmakologisk behandling⁽²⁰⁾. MAO-hämmare är effektiva och i Sverige har moklobemid FASS-indikationen Social fobi. Flera studier talar också för att SSRI-preparat är effektiva. Behandling upp till 10 veckor, innan utvärdering görs, rekommenderas. Vid avgränsade former, t ex scenskräck, kan små doser av betablockare provas. Vid mer generaliserade former bör specialistremiss övervägas.

ALKOHOLMISSBRUK/BEROENDE

Diagnostiska kriterier

Troligt alkoholmissbruk/beroende: Ett återkommande, kliniskt signifikant psykologiskt, socialt eller fysiskt problem under de senaste 6 månaderna som orsakas eller förstärks av alkohol (när allt man vet om patienten tas i beaktande, även om patienten nekar). Eftersom den primära anledningen till denna diagnos är att göra läkaren uppmärksam på möjligheten av alkoholproblem görs ingen distinktion mellan alkoholmissbruk och alkoholberoende.

Behandlingsförslag

Hänvisning till alkoholklirik eller specialist. Om problemet består av drogmissbruk snarare än beroende kan rådgivning av läkare vara tillräcklig.

ÄTSTÖRNINGAR

Diagnostiska kriterier

Bulimia nervosa: Hetsätning i genomsnitt två gånger per vecka under de senaste 3 månaderna med uppkastningar, användning av laxermedel, fasta eller överdriven motion för att undvika viktuppgång. Hetsätning definieras som att under en två-timmarsperiod äta vad andra skulle anse vara osedvanligt stora mängder mat. Samtidigt är patienten inte i stånd att kontrollera vad eller hur mycket som ätes.

Behandlingsförslag

Rådgivning, psykologiskt stöd. Svårare fall bör remitteras till specialist på ätstörningar. Försöksvis har SSRI använts.

Ätstörning UNS: Samma som vid bulimia nervosa men utan självrensning, användande av laxermedel, fasta eller överdriven motion som kompensation för det överdrivna ätandet. Vanligen är dessa patienter överviktiga och har ofta en längre tid haft en varierande vikt pga återkommande men misslyckade bantningsförsök.

Samma som för bulimia nervosa.

Diagnostiska kriterier

Somatiseringsyndrom: Patienten ska ha tre eller fler av de somatoforma symtomen, dvs somatiska symtom som har besvärat patienten under den senaste månaden och för vilka ingen somatisk orsak kan hittas som kan förklara dess svårighetsgrad eller det handikapp de medför, trots en adekvat utredning. Dessutom ska det ha funnits liknande ospecifika fysiska symtom under de senaste åren. Om egentlig depression eller panikångest också är diagnostiserad så räknas inte de fysiska symtom som ingår i kriterierna för dessa syndrom som somatoforma (t ex palpitationer och andnöd vid paniksyndrom eller trötthet och insomni vid depression). Somatiseringssyndrom i Prime-MD är jämförbar med DSM-IV-diagnosen odifferentierat somatoformt syndrom men tröskeln för denna diagnos har höjts, för att göra den mer användbar i primärvården. Däremot har kriterierna för att uppfylla DSM-IV-diagnosen somatiseringssyndrom sänkts.

Somatoformt syndrom UNS: Samma som ovan men varaktigheten är inte specificerad.

Behandlingsförslag

Var uppmärksam på att besök av denna patientgrupp tenderar att leda till onödigt många undersökningar och remisser. I vissa svårare fall, särskilt vid förekomst av depressiva eller ångestsymtom kan antidepressiv behandling övervägas. Ge tid för regelbunden uppföljning. Överväg även samarbete med psykiatriker eller smärtgrupp ⁽²¹⁾.

Samma som ovan.

Referenser:

1. Barret J.E. et al. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1100–1106.
2. Kessler L.G. et al. Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health* 1987; 77: 18–24.
3. Regier D.A. et al. The de facto US mental health services system: a public health perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 35: 685–693.
4. Schuman R.A. et al. The hidden mental health network: treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 89–94.
5. Kamerov D.B. et al. Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice: prevalence, costs, recognition, and treatment. *JAMA* 1986; 255: 2054–2057.
6. Andersen S.M. et al. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989; 27: 869–886.
7. Freeling P. et al. Unrecognized depression in general practice. *BMJ* 1985; 290: 1880–1883.
8. Broadhead W.E. et al. Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264: 2524–2528.
9. Wells K.B. et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 914–919.
10. American Psychiatric Association's. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
11. Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Pilgrim press [Herlofsson], 1995.
12. WHO. ICD-9. *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*. Ninth revision, Geneva, 1978.
13. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, 1992.
14. ICD-10. Klassifikation av sjukdomar. Forskningskriterier del 1 Allmänpsykiatri. Svensk översättning Lindström E., von Knorring L., 1995.
15. Spitzer R.L. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994; 272: 1749–1756.
16. Bush B. et al. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med* 1987; 82: 231–235.
17. Farmakoterapi vid depression, Information från Läkemedelsverket 1995;5.
18. Data on file 1995. Pfizer Inc, New York, NY.
19. Farmakoterapi vid ångest. Information från Läkemedelsverket 1995; 2.
20. Farmakoterapi vid ångest. Information från Läkemedelsverket 1995; 6: 1.
21. Socialstyrelsen. Behandling av långvarig smärta. Stockholm i SoS rapport 1994; 4.
22. A computer – Administered Telephone Interview to Identify Mental Disorders. *JAMA*, Sept. 17, 1997; Vol 278: no 11.

