

# Skala for Evaluering av Psykotisk Depresjon

## Oversettelse av The Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS)

Brukerveiledning og intervju på neste side

### 1. Generelle somatiske symptomer

0. Ikke til stede.
1. Tviltsomt eller vag følelse av trøtthet eller muskelsmerter/ømheter.
2. Trøtthet eller muskelsmerter/ømheter mer klart tilstede men uten at det påvirker daglige aktiviteter.
3. Trøtthet eller muskelsmerter/ømheter til stede i slik grad at de påvirker daglige aktiviteter betraktelig.
4. Svært stor grad av trøtthet eller muskelsmerter/ømheter som gir betydelig funksjonsnedsettelse.

### 2. Arbeid og daglig aktivitet

0. Ingen problemer.
1. Lette problemer med vanlige daglige aktiviteter slik som arbeid eller hobbyer både i eller utenfor hjemmet).
2. Tap av interesse for arbeid eller hobbyer- enten rapportert av pasienten selv eller indirekte ved observasjon (tiltaksløshet, ambivalens, vansker med å fullføre oppgaver).
3. Problemer med å fullføre rutineoppgaver, som bare fullføres med stor anstrengelse. Klare tegn på hjelpeløshet.
4. Ikke i stand til å utføre rutineoppgaver uten hjelp. Ekstrem hjelpeløshet.

### 3. Senket stemningsleie

0. Ikke til stede.
1. Noen tendenser til tiltaksløshet eller tristhet.
2. Mer åpenbar tristhet. Pasienten er moderat deprimert men uten håpløshet.
3. Betydelig senket stemningsleie som inkluderer noen perioder med følelse av håpløshet. Pas. kan og ha observerbare tegn på depresjon (f.eks gråt).
4. Alvorlig deprimert med pågående følelse av håpløshet. Depressive vrangforestillinger kan forekomme (f.eks ikke noe håp om bedring).

### 4. Angst

0. Ikke til stede.
1. Mild bekymring, anspenhet eller frykt.
2. Bekymring omkring mindre vesentlige ting. Fortsatt i stand til å kontrollere angstnivå.
3. Angst og bekymring er tilstede i en grad som gjør det vanskelig å kontrollere for pasienten. Symptomene påvirker daglig aktivitet.
4. Angst og bekymring gir uttalt funksjonsnedsettelse og pasienten er ikke i stand til å holde symptomene under kontroll.

### 5. Skyldfølelse

0. Ikke til stede.
1. Lav selvfølelse i forhold til familie, venner eller kollegaer. Pasienten kan føle at han/hun er en byrde for andre.
2. Mer fremtredende skyldfølelse. Pasienten er bekymret for tidligere hendelser (mindre forsømmelser eller feilgrep).
3. Mer uttalt skyldfølelse som kan vurderes som ubegrunnet. Pasienten kan oppleve at depresjonstilstanden er straff, men viser innsikt i at dette trolig ikke er tilfelle.
4. Skyldfølelsen representerer en vrangforestilling. Pasienten kan ikke overbevises om at forestillingene er urimelige.

### 6. Psykomotorisk retardasjon

0. Ikke til stede.
1. Pasientens vanlige motoriske nivå er lett redusert.
2. Mer uttalt motorisk retardasjon f. eks. moderat redusert gestikulering, nedsatt motorisk tempo og nedsatt taleflyt og/eller taletempo.
3. Åpenbart psykomotorisk retardert og intervjuet er mer tidkrevende grunnet pasientens reduserte taletempo.
4. Nesten ikke mulig å fullføre intervjuet på grunn av psykomotorisk retardasjon. Depressiv stupor kan også være tilstede.

HAM-D<sub>6</sub> score =

### 7. Emosjonell tilbaketrekning

0. Ikke til stede.
1. Mangel på emosjonell kontakt som viser seg ved merkbart nedsatt evne til å komme med passende svar eller ved mangel på varme i kontakten. Pasienten svarer fortsatt på stilte spørsmål.
2. Manglende emosjonell kontakt i mesteparten av intervjuet. Pasienten utdyper ikke svar, gir ikke blikkontakt og later ikke til å bry seg om intervjueren hører etter.
3. Pasienten unnviker aktivt emosjonell kontakt. Han/hun lar ofte være å svare, eller svarer med ja/nei svar og minimalt affekt. (ikke utelukkende på grunn av forfølgelsesvrangforestillinger).
4. Pasienten unnviker emosjonell kontakt. Han/hun svarer ikke eller svarer kun med ja/nei (ikke utelukkende på grunn av forfølgelsesvrangforestillinger). Det kan være at pasienten forlater intervjuet.

### 8. Mistenksomhet

0. Ikke til stede.
1. Pasienten later til å være på vakt. Han/hun beskriver hendelser der andre har skadet han/henne eller har villet skadet han/henne (høres ikke nødvendigvis urimelig ut). Pasienten føler at andre iakttar han/henne, ler av han/henne ute blant folk, men dette skjer sjelden. Pasienten bruker ikke tid av dagen til å tenke på forestillingene.
2. Pasienten sier at andre snakker negativt om han/henne, har negative tanker mot han/henne eller vil skade han/henne (mer enn det som fremstår som rimelig). Forfølgelsesideene som pasienten har opptar noe tankevirksomhet i hverdagen.
3. Pasienten er vrangforestilt og snakker om konspirasjoner mot han/henne. For eksempel kan det være at noen spionerer på han/henne hjemme, på jobb eller på sykehuset.
4. Samme som 3., men forestillingene og tankene opptar mer tankevirksomhet og pasienten forteller uoppfordret om disse eller handler aktivt ut fra forfølgelsesvrangforestillinger.

### 9. Hallusinasjoner

0. Ikke til stede.
1. Pasienten har av og til uvanlige syner, lukt opplevelser eller hører stemmer/lyder eller har andre sanseopplevelser uten at eksterne stimuli er tilstede. Gir ikke funksjonsnedsettelse.
2. Sporadiske eller daglige visuelle, hørsel, smak, lukt, taktile eller proprioceptive hallusinasjoner, som gir noe funksjonsnedsettelse.
3. Pasienten opplever hallusinasjoner flere ganger daglig ELLER noen funksjonsområder forstyrres av hallusinasjoner.
4. Det forekommer pågående hallusinatoriske opplevelser gjennom hele dagen ELLER hallusinasjoner forstyrrer de fleste funksjonsområdene til pasienten.

### 10. Uvanlig tankeinnhold

0. Ikke til stede.
1. Vage, selvhønførende ideer (folk stirrer eller ler av pasienten); forfølgelsesideer, uvanlig tro på åndelige, eller forestillinger om romvesener osv; urimelige forestillinger om sykdom, fattigdom osv. som ikke er fastlåste (dvs ikke vrangforestillinger).
2. Vrangforestilling(-er) er tilstede og opptar noe tankevirksomhet, eller noen funksjonsområder er forstyrret av vrangforestilt tenkning.
3. Vrangforestilling(-er) er til stede og opptar mye tankevirksomhet eller forstyrrer mange funksjonsområder.
4. Vrangforestilling(-er) er til stede og tar opp nesten all tankevirksomhet til pasienten eller de fleste funksjonsområder er forstyrret av vrangforestilt tenkning.

### 11. Affektavflating

0. Ikke til stede.
1. Følelsesmessig spekter er ved et helhetsinntrykk noe redusert, dempet eller reservert. Stemmeleiet kan oppfattes som monotont.
2. Følelsesmessig spennvidde betydelig redusert. Pasienten viser ikke følelser, eller reagerer minimalt på opprørende tema. Mimikkfattighet. Stemmeleiet er monotont mye av tiden.
3. Veldig lite følelsesmessig spekter eller ansiktsmimikk. Mekanisk stemmeleie og gestikulering mesteparten av tiden. Mimikkløst. Stemmeleiet er monotont mesteparten av tiden.
4. Omtrent fullstendig mangel på følelsesmessig spennvidde, ansiktsmimikk eller gestikulering. Stemmeleiet er svært monotont hele tiden.

BPRS<sub>5</sub> score =

PDAS total score = HAM-D<sub>6</sub> score + BPRS<sub>5</sub> score =

# Brukerveiledning og kortfattet intervju

## Bakgrunn

Skalaen for Evaluering av Psykotisk Depresjon (The Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS)) er laget for å måle alvorlighetsgraden av psykotisk depresjon. Skalaen består av 6 punkter (HAM-D6) fra Hamilton Depression Rating Scale og 5 punkter (BPRS5) fra Brief Psychiatric Rating Scale. HAM-D6 kan ses på som en subskala for depresjon, mens BPRS5 anvendes som subskala for psykosekomponenten. Totalscore på PDAS kalkuleres ved å summere totalscore HAM-D6 og BPRS5 eller ved å legge scoren på de 11 individuelle punktene sammen. Legg merke til at suicidalitet ikke er ett av PDAS punktene. Suicidalitet skal likevel alltid tas med i vurderingen ved klinisk evaluering av pasienter med depressive tilstander.

## Brukerveiledning

Ved anvendelse av PDAS er det anbefalt å utføre et semi-strukturert intervju slik eksempelet nedenfor viser.

En vurderer symptomer for foregående uke. Andre tidsperioder (for eksempel 3 dager) kan og benyttes, men dette må da tydelig påpekes i intervjuet. Ettersom intervjuet er semi-strukturert, må intervjueren følge opp med egne spørsmål til en får et adekvat svar som intervjueren kan bruke for scoring. Intervjueren må alltid velge den scoren som best passer pasientens tilstand og ikke «runde» opp eller ned.

Dersom intervjueren er i tvil, bør det scores konservativt (dvs velg den laveste scoren ved usikkerhet mellom to muligheter).

Dersom pasienten gir informasjon under et tidligere punkt som er relevant for et senere punkt, skal denne informasjonen også brukes til vurdering av det siste punktet. Dette er spesielt relevant for vrangforestillinger som scores under punkt 10, men kan og rapporteres (og scores) i relasjon til andre elementer. Når en scorer PDAS, benyttes pasientens habituatilstand som utgangs/referansepunkt.

## Intervju

**Generelt:** «Kanskje du kan fortelle meg litt om deg selv / bakgrunnen din før vi begynner med de spesifikke spørsmålene i intervjuet?»; «Nå kommer jeg til spørre deg noen spørsmål om hvordan du har hatt det siste uken. Hvordan har du hatt det siden sist (ukedag)?».

**Punkt 1. Somatiske symptomer- generelle:** «Hvordan har energinivået ditt vært siste uken?»; «Har du følt deg sliten?»; hvis ja: «Hvor ille har det vært?»; «Den siste uken, har du hatt noe muskelverk eller smerter?»; «Har du kjent på noe tunghet eller smerter i armer, ben, rygg eller hodet?»; «Har du følt deg tung i kroppen siste uken?»; «Har trøtthet eller verking forhindret deg fra å utføre dagligdage aktiviteter eller rutiner siste uken?»; hvis ja «kan du forklare nærmere?»

**Punkt 2. Arbeid og aktiviteter:** «Hva har du brukt tiden din til siste uken?»; «Føler du at du har normal interesse for ting rundt deg, eller føler du at du må jobbe med deg selv for å gjennomføre aktiviteter?»; «Den siste uken, har du klart å gjennomføre daglige aktiviteter på jobb/hjemme/på sykehus?»; «Har du hatt behov for hjelp fra andre for å få gjennomført rutineaktiviteter slik som å kle på seg eller å re opp sengen?»; «Har du kjent på hjelpeløshet siste uken?»

**Punkt 3. Senket stemningsleie:** «Hvordan har humøret ditt vært siste uken?»; «Har du følt deg nedstemt, deprimentert eller trist?»; «Har du tatt lettere til tårene siste uke?»; «Hva tenker du om fremtiden?»; «Har du kjent på håpløshet siste uken?»; hvis ja: «i hvilke situasjoner da?»; «Har du tanker om at du aldri kommer til å bli frisk?»; hvis ja: «Tenker du at disse tankene er realistiske?»

**Punkt 4. Angst:** «Har du følt deg anspent, angstpreget eller irritabel siste uken? Hva med redsel eller bekymringer?»; hvis ja: «Mer enn det som er vanlig for deg?»; «Har du kjent på panikkfølelse?»; hvis ja: «I hvilke situasjoner da?»; Hvis angst rapporteres: «Synes du at disse følelsene har vært vanskelig å kontrollere siste uken eller har de forhindret deg fra å gjennomføre aktiviteter?»

**Punkt 5. Skyldfølelse:** «Har du vært spesielt selv-kritisk siste uken, eller føler du at du har sviktet andre?»; «Har du siste uke hatt skyldfølelse i forhold til ting du har gjort eller burde ha gjort, men ikke har gjennomført?»; hvis ja: «Kan du utdype?»; «Føler du at depresjonen din er en straff for noe du har gjort galt?»; hvis ja: «Fortjener du en slik straff?»; hvis skyldfølelse rapporteres: «Synes du at skyldfølelsen du kjenner på er rimelig?»

**Punkt 8. Mistenksomhet:** «Den siste uken, har du følt at andre overvåker deg eller snakker bak ryggen din?»; «Bekymrer du deg for om andre vil ha deg opp i vanskeligheter?»; «Er det noen som ønsker å få deg opp i vanskeligheter eller ønsker å skade deg?»; «Har du følt at du er i fare den siste uken?»; **NB:** Dersom pasienten rapporterer forfølgelsesideer/vrangforestillinger spør om følgende: «Siste uken, hvor ofte har du vært bekymret for om [bruk pasientens egen beskrivelse av forfølgelsesideene/vrangforestillingene]?, «Har du fortalt noen andre om dette?»

**Punkt 9. Hallusinasjoner:** «Siste uken, har du – hørt at folk snakker, stemmer eller andre lyder når det ikke er noen rundt deg? – hatt syner eller sett ting som andre ikke kunne se? – luktet lukter eller smakt smaker som andre ikke kunne lukte/smake? – følt at noe eller noen tok på deg uten at du faktisk ble tatt på? – kjent at en arm, et ben eller en annen del av kroppen din var i en stilling der dette ikke var tilfelle? – hatt en følelse av smerte, varme eller kulde uten å ha blitt utsatt for smerte, varme eller kalde ting?»; **NB:** Dersom pasienten rapporterer hallusinasjoner, spør: «I løpet av siste uke, hvor ofte har du kjent (bruk pasientens egen beskrivelse av hallusinasjoner)?», «Har dette bekymret deg?»

**Punkt 10. Uvanlig tankeinnhold:** «Har du hatt opplevd noe uvanlig siste uken?»; «Har du lagt merke til noe uvanlig ved kroppen din, organene dine eller kroppsfunksjonene dine siste uken?»; «Vil du si at du er fysisk frisk for tiden?»; hvis nei: «Hvorfor ikke?»; «Hvis du skulle gjette, hvor gammel tror du at du vil bli?»; «Har du de siste uken vært bekymret for at ting hjemme eller der du har holdt til ikke virker slik de skal, slik som vanntilkobling, kloakk, elektrisitet eller andre ting?»; «Hva tenker du er meningen med livet?»; «Har du følt at du blir kontrollert eller påvirket av en annen person eller kraft siste uken?»; **NB:** Hvis pasienten rapporterer uvanlige ideer/vrangforestillinger, spør følgende: «Hvor ofte tenker du på [beskriv de uvanlige ideene/vrangforestillingene]?»; «Har den [uvanlige ide/vrangforestilling] hatt noen konsekvenser for deg siste uken?»; Har du fortalt noen om [uvanlig ide/vrangforestilling]? Hvis ja: «Hva syntes de om det?»; «Siste uken, har du gjort noe på grunn av [uvanlig ide/vrangforestilling] som du ellers ikke ville ha gjort?»

**Punkt 6, 7 & 11 (Psykomotorisk retardasjon, emosjonell tilbaketrekning og affektavflating):** Disse scores basert på observasjoner under intervjuet.