

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Utvidet versjon

Versjon 4.0 - 19 februar 1993

Skalaer, ankerpunkter og brukerveiledning

tilpasset av

Joseph Ventura, Ph.D., David Lukoff, Ph.D., Keith H. Nuechterlein, Ph.D., Robert P. Liberman, M.D., Michael F. Green, Ph.D. og Andrew Shaner, M.D.

Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation,
UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, West Los Angeles VA
Medical Center

Norsk oversettelse (1999) ved Torleif Ruud
Nordfjord psykiatrisenter

Vennligst bruk følgende referanser for å henvise til den utvidede BPRS:

Nåværende versjon 4):

Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F., Shaner, A. (1993) Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. International Journal of Methods in Psychiatric Research 3: 227-243.

Opprinneige utvidede versjon:

Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Ventura, J. (1986) Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. Schizophrenia Bulletin 12: 594-602.

Om opplæring og bruk i kvalitetssikring:

Ventura, J., Green, M.F., Shaner, A., Liberman, R.P. (1993) Training and Quality Assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "The Drift Busters." International Journal of Methods in Psychiatric Research 3: 221-226.

Om monitorering av symptomer:

Lukoff, D., Liberman, R.P., and Nuechterlein, K.H. (1986) Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin 12:578-602.

Beskrivelse og administrering

Beskrivelse av BPRS

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) er en svært effektiv og rask evalueringemetode for å vurdere endringer i symptomer hos psykiatriske pasienter. Den gir en omfattende beskrivelse av hovedtrekkene ved de viktigste symptomene. Faktoranalyse av den opprinnelige BPRS med 18 skalaer gir vanligvis løsninger med fire eller fem faktorer. The Diagnosis and Psychopathology Unit ved Clinical Research Center, UCLA, har utviklet en versjon av BPRS med 24 skalaer for bruk ved senteret.

Denne veiledningen inneholder intervju spørsmål, definisjoner av symptomer, spesifikke ankerpunkt for skåring av symptomer, og en seksjon om hva en skal gjøre med problem som oppstår når en skal skåre psykopatologi. Hensikten med veiledningen er å

hjelpe klinikere og forskere til å få fram psykiatriske symptomer på en sensitiv måte og til å skåre alvorlighetsgraden av symptomene på en pålitelig (reliabel) måte. Den utvidede BPRS inkluderer seks nye skalaer som er lagt til den opprinnelige BPRS (Overall & Gorham 1962) i den hensikt å gi en mer omfattende vurdering av et bredere spekter av individer med alvorlige sinnslidelser, - spesielt polikliniske pasienter som lever ute i samfunnet (Lukoff, Nuechterlein & Ventura 1986).

Veiledningen vil sette klinikere og forskere i stand til å gjennomføre et intervju av høy kvalitet som er tilpasset oppgaven med å få fram og skåre alvorlighetsgrad av symptomer hos individer som ofte har vanskelig for å uttrykke seg eller som benekter sykdommen sin. Retningslinjene nedenfor er gitt for å standardisere vurderingen. Vennligst gjør deg kjent med disse metodene for å vurdere psykopatologi.

1. Bruk av alle informasjonskilder om symptomer.
2. Valg av passende tidsrom og intervall for skåring av symptomer.
3. Integrering av frekvens og alvorlighetsgrad ved det hierarkiske prinsippet.
4. Skåring av tidligere vrangforestillinger som pasienten ikke har innsikt i.
5. Skåring av symptomer når pasienten benekter dem.
6. Bruk av riktig sammenligningsgrunnlag for skåringene.
7. Skåring av symptomer som overlapper to eller flere kategorier eller skalaer på BPRS.
8. Skåring av et symptom som ikke har noe spesifisert ankerpunkt.
9. Integrering av skåringer fra ulike evalueringssituasjoner.
10. Skåring av tilsynelatende motsigende symptomer.

1 Bruk av alle informasjonskilder om symptomer

Skåring av psykopatologi bør gjøres på basis av alle tilgjengelige kilder til informasjon om pasienten. Disse kildene inkluderer observasjon av atferd, samtaler ved behandlingspersonale, familiemedlemmer og andre omsorgspersoner i kontakt med pasienten, tilgjengelige medisinske og psykiatriske journaler, og det aktuelle intervjuet med pasienten for å skåre BPRS. Intervjueren/skårerer oppfordres til å søke tilleggsinformasjon fra andre kilder om pasientens psykopatologi for å supplere intervjuet en har selv. Dette er spesielt viktig dersom pasienten benekter symptomer.

2 Valg av passende tidsrom og intervall for skåring av symptomer

Tidsrommet som skåringen gjelder og intervallet for hvor ofte en skårer avhenger av hensikten med skåringen. Dersom skårerer f.eks. er interessert i å avgjøre grad av forandring i psykopatologi i løpet av en måned mellom to vurderinger av den medikamentelle behandlingen, bør skåringsperioden være en måned. Hvis en forskningsprotokoll tar sikte på å evaluere tilsynekomsten av prodromal-symptomer eller forverrelser av psykotiske symptomer, kan det være ønskelig å velge en ukes intervaller siden lengre tidsrom kan føre til tap av hvor nøyaktig en husker tilbake i tid. Når en undersøkelse krever nøyaktig identifisering av kriterier på tilbakefall eller forverrelser i en ett

eller to års periode, vil gjentatte vurderinger med BPRS være nødvendig.

Tidsrommet for skåringen er vanligvis av varighet fra en dag til en måned. Rapportering av pasienter om symptomer ut over en måned tilbake i tid kan lide under skjevhet i svar, forvrengninger og hukommelsesproblem, som er vanlige i personer med psykotiske og affektive lidelser. Når ressurser og personell ikke tillater at en gjør hyppige vurderinger, kan en likevel fange opp viktig informasjon dersom hyppigheten av vurderingene kan økes midlertidig når (1) prodromalsymptomer eller stress rapporteres, (2) når endringer og tilpasning av medikamentdose er av stor betydning, og (3) før og etter større endringer i behandlingsprogrammet.

3 Integrering av frekvens og alvorlighetsgrad ved det hierarkiske prinsipp

De fleste BPRS-skalaene skåres ut i fra hyppighet og/eller alvorlighetsgrad av symptomet. I blant er det tilfelle at hyppighet og alvorlighetsgrad ikke stemmer overens. En skal da følge et hierarkiske prinsipp som krever at skåreren velger det svaralternativet som gir den høyeste skåringen, enten det gjelder hyppighet eller alvorlighetsgrad. Når definisjonen av ankerpunktet inneholder et "ELLER", skal pasienten tildeles den høyeste skåringen av de to skåringene som passer. Hvis pasienten f.eks. har vedvarende hallusinasjoner hele dagen (skåring på 7), men hallusinasjonene bare forstyrrer funksjonsnivået i begrenset grad (skåring på 5), skal en skåre 7.

BPRS passer godt til å gjøre hyppige vurderinger som dekker korte tidsrom. Dersom en intervjuer imidlertid har til hensikt å dekke et relativt langt tidsrom (f.eks. 6 uker), må en tenke grundig gjennom hvordan en avhengig av hensikten med skåringene skal kombinere skåring av alvorlighetsgrad og hyppighet. Hvis hensikten med et prosjekt er å definere perioder med tilbakefall eller forverrelser, skal skåringene reflektere tidsrommet med mest alvorlig symptomatologi. Dersom pasienten i løpet av en seks ukers perioder opplevde en uke med vedvarende hallusinasjoner, men var uten hallusinasjoner resten av tida, skal pasienten skåres på 6 på hallusinasjoner, da dette reflekterer den perioden med mest alvorlig symptomatologi. På den annen side, hvis hensikten er å få en skåring av det generelle nivået for symptomatologi, bør skåringen reflektere en gjennomsnittsskåring. For lengre tidsrom (f.eks. 3 måneder) foretrekker

intervjueren kanskje å gjøre en skåring som reflekterer den perioden med mest alvorlige symptom og en annen skåring som reflekterer gjennomsnittlig mengde psykopatologi for hele perioden.

4 Skåring av tidligere vrangforestillinger som personen ikke har innsikt i

Pasienter kan ofte vise tegn på varierende grad av innsikt eller overbevisning når det gjelder tidligere symptomer, noe som gjør det vanskelig å skåre symptomene. Opplevelser som er et resultat av psykotiske episoder, kan ofte synes svært virkelige for pasientene. Overbevisningen om at andre prøvde å forgifte deg eller kontrollerte tankene dine og fikk deg til å gå rett ut i trafikken, kan f.eks. ha skapt alvorlig angst eller intens frykt. Pasienter kan gi beskrivelser av sine psykotiske opplevelser som er så virkelige som om situasjonen virkelig fant sted. I slike tilfeller er det viktig å skåre i hvilken grad disse minnene om en psykotisk opplevelse kan skilles fra tilstedeværende vrangforestillinger i nåtida.

Vennligst vær oppmerksom på at en pasient kan være i stand til å beskrive sin fortid og sine nåværende vrangforestillinger som en del av en sykdom eller endog referere til dem som "vrangforestillinger". En pasient skal imidlertid alltid bli skåret som om han har en vrangforestilling hvis han har *handlet* ut i fra vrangforestillingen i løpet av den perioden skåringen gjelder.

Når en pasient beskriver en vrangforestilling som han hadde tidligere, men nå ser som irrasjonell, skal en skåre 1 for Uvanlig tankeinnhold (og også for Storhetsideer, Somatisk bekymring, Skyldfølelse eller Mistenksomhet hvis forestillingen hører under en av disse skalaene). Dersom individet imidlertid fortsatt tror at den tidligere psykotiske opplevelsen eller hendelsen var virkelig, trass i at han ikke nå gir rom for bekymringen, skal den skåres som 2 eller høyere avhengig av graden av virkelighetsforvrengning som er knyttet til forestillingen. Tenk på følgende eksempler:

Eksempel 1: Pasienten gir en beskrivelse av vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner og blir i ettertid klar over at han var syk. Han indikerer at han har en kjemisk ubalanse i hjernen, eller at han har en psykiatrisk lidelse. Skår "1" på Uvanlig tankeinnhold.

Eksempel 2: Pasienten gir uttrykk for at hans tidligere psykotiske opplevelse skyldtes en kjemisk forstyrrelse og/eller en sykdom, men

oppretteholder noe grad av tvil. Han hevder at det er mulig at folk prøvde å drepe ham, men han er i tvil. Han har ikke bisarre minner om hva som hendte, og han viser at han er sikker på at ingen forsøker å skade ham nå for tida. Skår "2" eller "3" på Uvanlig tankeinnhold avhengig av graden av bevart realitetstesting.

Eksempel 3: Pasienten beskriver tidligere psykotiske opplevelser som om de virkelig fant sted. Han kan gi eksempler på hva som hendte, f.eks. at arbeidskolleger puttet medisiner i kaffen hans, eller at telefonen ble avlyttet. Pasienten sier imidlertid at dette ikke skjer nå lenger. Han er ikke opptatt av arbeidskolleger eller telefonavlytting nå for tida, men han er overbevist om at de forhold som vrangforestillingene dreier seg om virkelig fant sted i fortida. Skår "4" på Uvanlig tankeinnhold og "1" på Mistenksomhet.

Eksempel 4: Pasienten har bisarre overbevisninger om forhold som fant sted i fortida og/eller hans nåværende atferd er påvirket av vrangforestillinger. Han tror f.eks. at tanker en gang ble sendt inn i hjernen hans ved stråler fra fremmede fra verdensrommet ELLER han vil ikke se TV av frykt for at budskapene igjen vil bli rettet direkte til ham ELLER at mafiaen holder til i kjøpesentra som han derfor må holde seg unna. Skår "4" eller høyere på Uvanlig tankeinnhold avhengig av hvor mye han er opptatt av dette og hvor mye overbevisningene hemmer ham i å fungere.

Eksempel 5: Pasienten tror at tidligere psykotiske opplevelser var virkelige, eller tidligere psykotiske opplevelser har fortsatt innflytelse på de fleste sidene av hans nåværende liv og medfører at han er helt oppslukt av det og ikke fungerer. Skår "6" eller "7" på Uvanlig tankeinnhold avhengig av i hvilken grad han er opptatt av forestillingene og ikke klarer å fungere på grunn av dem.

5 Skåring av symptomer når pasienten benekter dem

Et svært vanlig fenomen i klinisk praksis eller forskning er at pasienten benekter eller bagatelliserer symptomene. Pasienter benekter, skjuler, forestiller seg eller bagatelliserer sine symptomer av en rekke ulike grunner, inklusiv frykt for å bli innlagt eller holdt tilbake i sykehus eller få medisindosen økt. Dersom en bare registrerer pasientens negative svar på spørsmål om et symptom hvis benekting eller forvrengning er tilstede, vil skåringene bli ugyldige og upålitelige. Hvis en intervjuer har mistanke om at en pasient benekter symptomer,

er det helt nødvendig at en også bruker andre informasjonskilder i skåringene.

Mange situasjoner kan tyde på at en pasient ikke kommer helt fram med de symptomer han/hun har. Pasienten kan benekte at han hører stemmer, men kan likevel hviske lavt som om han svarer på noe som blir sagt. Måten pasienten ordlegger seg på når han svarer på et direkte spørsmål om vrangforestillinger eller hallusinasjoner, kan også gjøre intervjueren oppmerksom på mulig benekting av symptomer. Hvis pasientne som svar på et spørsmål om han har forfølgelsesideer svarer "Ikke egentlig", er dette ikke det samme som "Nei". Små detaljer i pasientens svar kan si ganske mye, og de må følges opp før intervjueren eventuelt kan konkludere med at symptomet ikke er tilstede.

Det er mange metoder intervjueren kan benytte for å få mer pålitelig informasjon fra en pasient som kanskje benekter eller bagatelliserer symptomer. I alle disse tilnærmingene er intervjuferdigheter, mellommenneskelig kontakt og sensitivitet overfor pasienten av svært avgjørende betydning. Hvis pasienten har vanskelig for å fortelle om psykotiske symptomer, kan intervjueren gå over til å spørre om mindre truende materiale som angst og depresjon eller mer nøytrale emner. Intervjueren bør så komme tilbake til mer sensitive emner når pasienten virker mer avslappet og en har snakket sammen om frykten for å avsløre noe.

Bruk av empati (innlevelsessevne) er svært viktig for å hjelpe pasienten til å snakke om opplevelser som det er vanskelig eller kanskje pinlig å snakke om. Intervjueren kan si "Jeg forstår at det kan være ubehagelig å tenke på det som hendte, men jeg er svært interessert i å høre akkurat hva du opplevde." Det er ønskelig å la pasienten få vite hva du fornemmer klinisk: "Jeg har inntrykk av at du du nødig vil fortelle meg mer om det som hendte. Kan det være fordi du er bekymret for hva jeg vil tenke eller skrive ned om deg?" Intervjueren bør engasjere pasienten aktivt i samtale om enhver tilsynelatende grunn til å benekte symptomene. Intervjueren kan diskutere åpent på en inviterende og ikke-kritisk måte det som må være av uoverensstemmelse mellom det pasienten sier om symptomene sine og det en observerer av tale og atferd. Intervjueren kan f.eks. si: "Du har sagt at du ikke er deprimert, men likevel virker du veldig trist og har beveget deg veldig sakte." Når benekting er tilstede, blir intervjuet et dynamisk samspill mellom intervjuerens ønske om å få nøyaktig informasjon om symptomene og hans behov for

å finne ut årsakene til pasientens motvillighet mot å avdekke opplysninger.

I blant vil intervjueren på forhånd ha fått informasjon om symptomer som pasienten benekter. Det er da mulig å bruke en mild konfronterende teknikk i et forsøk på å oppfordre pasienten til å gi riktige opplysninger om symptomene. Intervjueren kan f.eks. ha hørt fra terapeuten eller de pårørende at pasienten har hørselshallusinasjoner. Intervjueren kan da si: "Jeg forstår fra å ha snakket med terapeuten (eller familien) din at du har hørt stemmer. Kan du fortelle meg om det?" Det å la pasienten vite på en sensitiv og forsiktig måte at opplysninger om symptomene allerede er kjent, kan øke villigheten til å fortelle om dem. Denne tilnærmingen er mest virker best når en har en praksis på å dele informasjon med hele behandlingsteamet og dette forklares til alle pasienter som tas i mot til behandling. Det kan være nødvendig å forklare pasienten at ikke alt klinisk materiale blir gjort kjent for alle, men at opplysninger om symptomene som er nødvendig for å gjennomføre behandlingen ikke kan holdes hemmelig for resten av behandlingsteamet i alle tilfeller.

Når du ikke kan løse konflikter eller selvmotsigelser mellom det pasienten sier og det andre sier, må du bruke din kliniske vurderingsevne til å avgjøre hvilken informasjonskilde som er mest pålitelig. Gjøre notater på skåringsskjeamet for BPRS om slike uoverensstemmelser mellom ulike kilder, og noter hvordan den endelige beslutningen om skåringen ble tatt.

6 Bruk av riktig sammenligningsgrunnlag for skåringene

Det riktige sammenligningsgrunnlaget når en gjennomfører vurderinger og skåringene på BPRS, er en gruppe personer som ikke er psykiatriske pasienter og som er i arbeid og klarer seg i samfunnet uten symptomer. Intervjueren bør ha i tankene en gruppe individer som er i stand til å fungere på jobb/skole, sosialt, eller som hjemmearbeidende, - og på nivåer som er passende for pasientens alder og sosioøkonomiske status. Forskning har vist at slike normale kontrollgrupper skårer på "2" eller lavere på de fleste av skalaene i BPRS. Intervjueren skal ikke bruke andre pasienter som er intervjuet tidligere (og særlig ikke pasienter med alvorlige symptomer) som sammenligningsgrunnlag, da dette vil kunne gi

en systematisk skjevhet i skåringene i retning av lavere skåringene.

7 Skåring av symptomer som overlapper to eller flere kategorier eller skalaer på BPRS

Systematiske eller multiple vrangforestillinger kan bli skåret på mer enn en skala i BPRS, avhengig av innholdet i forestillingen. Hvis en pasient f.eks. har en vrangforestilling om at visse deler av kroppen har blitt operert bort mot hans/hennes vilje og erstattet med ødelagte mekaniske deler, vil vedkommende bli skåret på nivået "6" eller "7" på Somatisk bekymring og på nivåene "4" til "7" på Uvanlig tankeinnhold, avhengig av hvor hyppige vrangforestillingene er og hvor mye pasienten er opptatt av dem. Videre, hvis pasienten har skyldfølelse fordi han tror at dette metallet i kroppen hans har forstyrret radioforbindelsen mellom kontrolltårnet på en flyplass og pilotene og har ført til at flere fly har styrtet, skal en også skåre pasienten på Skyldfølelse.

De spesifikke skåringene for hver av de overlappende symptomene kan være forskjellige, avhengig av ankerpunktene på de aktuelle skalaene. En pasient med helt klare forfølgelsesideer om naboer skal skåres på "6" på Mistenksomhet, mens den samme vrangforestillingen skal skåres på "4" på Uvanlig tankeinnhold dersom den er avgrenset og ikke ledsages av nedsatt funksjonsnivå.

8 Skåring av et symptom som ikke har noe spesifisert ankerpunkt

Ankerpunktene for en bestemt BPRS-skala er viktige for å oppnå god pålitelighet (reliabilitet) på tvers av skårere og undersøkelsessteder. Det er midlertid tilfeller der et bestemt symptom ikke synes å passe med noen av ankerpunktene. Ankerpunktene definisjoner kunne ikke utformes slik at de dekket alle tenkelige symptomer som pasienter kan ha. Generelt betyr skåringene på 2-3 ikke patologisk men observerbar mild symptomatologi, 4-5 betyr klinisk betydningsfull og moderat symptomatologi, og 6-7 betyr klinisk betydningsfull og alvorlig symptomatologi.

Ankerpunktene i denne veiledningen er retningslinjer til hjelp i prosessen med å definere karakter, hyppighet og funksjonsnedsettelse ved ulike typer psykiatriske symptomer. Når en står overfor en komplisert skåring, kan det være nyttig først å klassifisere symptomet som mildt

(2-3), moderat (4-5) eller alvorlig (6-7), og deretter se på ankerpunktene for å finjustere og bestemme den endelige skåringen.

BPRS-symptomer som klassifiseres på den alvorlige delen av skalaene, representerer vanligvis patologiske fenomener. Det er imidlertid mulig for en pasient å ha symptomer som rapporteres eller observeres som lette, men som bør bli skåret på høyere nivåer. På skalaen for Spenninger kan knuging av hendene bli skåret til "2" eller "3" dersom det blir observert 2-3 ganger. Dersom en imidlertid observerer at pasienten knuger hendene hele tida, vil en vurdere en skåring på "5" eller "6". På samme måte skal alvorlig psykopatologi som er kortvarig, forbigående og ikke medfører funksjonsnedsettelse, skåres i det midtre område på skalaene.

9 Integrering av skåringer fra ulike evalueringssituasjoner

Psykiatriske pasienter kan vise forskjellige nivåer av samme symptom avhengig av situasjonen pasienten observeres i eller tidsrommet en vurderer. Et eksempel på dette kan være en pasient som er pratsom i et intervju med en som skal skåre BPRS, men ellers er tilbaketrukket og sløv sammen med andre pasienter. Ut i fra intervjuet vil skåre "3" på

Avflatet affekt og "2" på Emosjonell tilbaketrekning, men ut i fra pasientens atferd ellers vil en skåre "5" på begge skalaene. Intervjueren kan da vurdere å integrere opplysningene fra de to informasjonskildene og gjøre en gjennomsnittsskåring.

10 Skåring av tilsynelatende motsigende symptomer

Det er mulig å skåre to eller flere symptomer på BPRS som representerer tilsynelatende motstridende dimensjoner i psykopatologi. En pasient kan f.eks. vise avfattede affekter og oppstemthet i samme intervju eller tidsperiode. Pasienten kan f.eks. først le og spøke med intervjueren, og deretter gå over i en tilstand med sløvhet, treghet og emosjonell tilbaketrekning i det samme intervjuet. I dette tilfelle vil skåring av tilstedeværelse av både oppstemhet og avflatet stemningsleie være riktig for å vise at begge stemningsleier var tilstede. Selv om det er sjelden at tilsynelatende motsatte symptomer er tilstede på samme tid, kan intervjueren i slike tilfelle vurdere å skåre begge symptomene lavere enn om bare ett av dem hadde vært tilstede. En slik konservative tilnærmingen til skåringen reflekterer en forsiktig holdning til skåringsprosessen når det er tvetydighet i symptomatologien.

SKÅRINGSSKALAER MED ANKERPUNKT

Skår skalaene 1-14 på grunnlag av det pasienten selv sier, men skalaene 7,12 og 13 skåres også på grunnlag av observert atferd. Skalaene 15-24 skåres på grunnlag av observert atferd og tale.

1 SOMATISK BEKYMRING

Grad av bekymring over nåværende kroppslige helse. Skår i hvilken grad somatisk helse oppleves som et problem av pasienten, uansett om klagene har et realistisk grunnlag eller ikke. Somatiske vrangforestillinger skal skåres i den alvorlige delen av skalaen uansett om pasienten er bekymret for sin somatiske helse eller ikke.

Merk: Pass på å vurdere graden av svekkelse bare ut ifra somatisk bekymring alene og ikke ut ifra andre symptomer som f.eks. depresjon. I tillegg må du, dersom du skårer 6 eller 7 på somatisk bekymring, skåre Uvanlig tankeinnhold til minst 4 eller høyere.

*Har du vært bekymret for din fysiske helse?
Har du hatt noen fysisk sykdom eller oppsøkt lege?
Har noe forandret seg når det gjelder hvordan du ser ut (ditt utseende)?
Har det gått ut over din evne til å utføre dine daglige aktiviteter eller arbeidet ditt?
Har du noen gang følt at deler av kroppen din har forandret seg eller sluttet å fungere?*

(Spør også om følgende dersom pasienten rapporterer somatiske bekymringer/vrangforestillinger:)
*Hvor ofte er du bekymret for... (bruk pasientens beskrivelse)?
Har du fortalt andre om noen av disse bekymringene?*

1 Ikke tilstede

- 2 **Svært mild** Av og til somatiske bekymringer som en helst holder for seg selv.
- 3 **Mild** Av og til somatiske bekymringer som en forteller til andre (for eksempel familie, lege).
- 4 **Moderat** Gir hyppig uttrykk for somatiske bekymringer eller overdriper reelle plager ELLER er en del opptatt av dette, men uten svekket funksjonsnivå. Ikke vrangforestillinger.
- 5 **Moderat alvorlig** Gir hyppig uttrykk for somatiske bekymringer eller overdriper reelle plager ELLER er en del opptatt av dette og med moderat svekket funksjonsnivå. Ikke vrangforestillinger
- 6 **Alvorlig** Opptatt av somatiske plager med mye svekket funksjonsnivå ELLER somatiske vrangforestillinger uten å handle ut ifra dem eller fortelle andre om dem.
- 7 **Svært alvorlig** Opptatt av somatiske plager med alvorlig svekket funksjonsnivå ELLER somatiske vrangforestillinger som en handler ut ifra eller fortelle andre om.

2 ANGST

Gir uttrykk for engstelse, spenninger, frykt, panikk eller bekymring. Skår bare det pasienten sier, - ikke observerbare uttrykk for angst som skåres under SPENNINGER.

*Har du vært mye bekymret i løpet av (nevnt tidsrom)?
Har du vært nervøs eller engstelig? (For hva?)
Er det noe som bekymrer deg?
Hva med økonomien i framtida?
Når du føler deg nervøs, er det da slik at du svetter i hendene eller at hjertet slår fort (ev. blir kortpustet eller får skjelvinger eller kvalningsfølelse)?*

(Spør også om følgende dersom pasienten rapporterer angst eller slike kroppslige plager:)
*Hvor ofte har du . . . (bruk pasientens beskrivelse)?
Har dette gått ut over din evne til å utføre dine daglige gjøremål eller arbeidet ditt?*

1 Ikke til stede

- 2 **Svært mild** Har noe ubehag på grunn av bekymringer ELLER mindre hyppige bekymringer som forekommer hyppigere enn hos folk flest.
- 3 **Mild** Ofte bekymret, men kan lett rette oppmerksomheten mot andre ting
- 4 **Moderat** Er bekymret det meste av tida og kan ikke så lett rette oppmerksomheten mot andre ting, men ikke svekket funksjon ELLER av og til angst med ledsagende kroppslige symptomer, men uten svekket funksjonsnivå.
- 5 **Moderat alvorlig** Hyppige, men ikke daglige, perioder med angst med ledsagende kroppslige symptomer ELLER noen funksjonsområder forstyrres av angst eller bekymringer.
- 6 **Alvorlig** Angst med ledsagende kroppslige symptomer daglig men ikke vedvarende hele dagen ELLER mange funksjonsområder forstyrres av angst eller stadige bekymringer.
- 7 **Svært alvorlig** Angst med ledsagende kroppslige symptomer som vedvarer hele dagen ELLER de fleste funksjonsområder er forstyrret av angst eller stadige bekymringer.

3 DEPRESJON

Ta med tristhet, ulykkelighet, mangel på følelser og tankemessig opptatthet med depressive emner (kan ikke se på TV eller delta i samtaler på grunn av depresjon), håpløshet, tap av selvaktelse (er misfornøyd med eller forakter seg selv, eller føler at en ikke er noe verdt). Ta ikke med vegetative symptomer som f.eks. nedsatt motorisk aktivitet, tidlig oppvåkning eller den mangel på motivasjon som preger mangel-syndromet.

*Hvordan har humøret ditt vært i det siste?
Har du følt deg deprimert (trist, nede, ulykkelig, som om du ikke brydde deg)?
Er du i stand til å rette oppmerksomheten mot mer hyggelige emner når du ønsker det?
Har du mistet interesse for eller hatt mindre glede av ting du har pleid å glede deg over - som familie, venner, hobbyer, TV-programmer eller måltider?*

(Spør om følgende dersom dersom personen beskriver depressive følelser:)

*Hvor lenge har du hatt disse følelsene?
Har det gått ut over din evne til å utføre dine daglige gjøremål eller arbeidet ditt?*

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Føler seg av og til trist, ulykkelig eller deprimert.
- 3 **Mild** Føler seg ofte trist eller ulykkelig, men kan lett rette oppmerksomheten mot andre ting.
- 4 **Moderat** Hyppige perioder der en føler seg svært trist, ulykkelig eller moderat deprimert, men er i stand til å fungere med ekstra anstrengelser.
- 5 **Moderat alvorlig** Hyppige, men ikke daglige, perioder med dyp depresjon ELLER noen funksjonsområder er forstyrret av depresjonen.
- 6 **Alvorlig** Dypt deprimert daglig men ikke vedvarende gjennom hele dagen ELLER mange funksjonsområder er forstyrret av depresjonen.
- 7 **Svært alvorlig** Dypt deprimert daglig ELLER de fleste funksjonsområdene er forstyrret av depresjonen.

4 SELVMORDSFARE

Uttrykt ønske, forsett eller handlinger for å skade seg selv eller ta livet sitt.

*Har du følt at livet ikke var verdt å leve?
Har du tenkt på å skade deg selv eller ta livet ditt?
Har du følt deg trett av å leve eller som om det hadde vært bedre for deg om du var død?
Har du noen gang følt at du ville gjøre slutt på alt?*

(Spør om følgende dersom personen beskriver selvmordstanker:)
*Hvor ofte har du tenkt på. . . (bruk pasientens egne ord)?
Hadde du (Har du) en konkret plan?*

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Av og til følelse av å være trett av å leve. Ingen åpenbare selvmordstanker.
- 3 **Mild** Av og til selvmordstanker uten noe forsett eller konkret plan ELLER føler at det hadde vært bedre å være død.
- 4 **Moderat** Hyppige selvmordstanker uten noe forsett eller plan.
- 5 **Moderat alvorlig** Mange fantasier om selvmord ved ulike metoder. Kan alvorlig overveie å gjøre et forsøk med en konkret tidspunkt og plan ELLER impulsive selvmordsforsøk med ikke-dødelige metoder eller slik at potensielle reddere ser det.
- 6 **Alvorlig** Ønsker klart å ta livet sitt. Leter etter passende måte og tidspunkt ELLER har gjort potensielt alvorlig selvmordsforsøk med kjennskap til mulig redning.
- 7 **Svært alvorlig** Konkret selvmordsplan og forsett (f.eks. "Så snart , vil jeg gjøre det ved å") ELLER gjennomført selvmordsforsøk etter en plan pasienten trodde var dødelig, eller selvmordsforsøk gjort på et bortgjemt sted.

5 SKYLDFØLELSE

Overdreven bekymring eller angest for noe en har gjort i fortida. Skår bare ut i fra det pasienten sier, trekk ikke slutninger om skyldfølelse ut i fra depresjon, angst eller nevrotisk forsvar.

Merk: Dersom du skårer 6 eller 7 her på grunn av vrangforestillinger om skyld, må du også skåre Uvanlig tankeinnhold til minst 4 eller høyere avhengig av hvor opptatt personen er av dette og grad av funksjonssvikt.

Er det noe du har skyldfølelse for?

Har du vært opptatt av tidligere problemer?

Har du lett for å bebreide deg selv for ting som har hendt?

Har du gjort noe du fortsatt skammer deg over?

(Spør om følgende dersom personen beskriver skyldfølelse/angest/vrangforestillinger:)

Hvor ofte har du tenkt på . . . (bruk pasientens beskrivelse)?

Har du fortalt andre om disse skyldfølelsene?

1 Ikke til stede

2 Svært mild Bekymring for å ha sviktet noen eller noe, men er ikke mye opptatt av det. Kan lett flytte tankene over på andre ting.

3 Mild Bekymring for å ha sviktet noen eller noe, og er noe opptatt av det. Har en tendens til å fortelle andre om skyldfølelsen.

4 Moderat Uforholdsmessig mye opptatt av skyld, av at en har gjort noe galt, skadet noen ved noe en har gjort eller latt være å gjøre, men kan lett rette oppmerksomheten mot andre ting.

5 Moderat alvorlig Opptatt av skyld, av at en har sviktet noen eller i forhold til noe. Kan snu oppmerksomheten mot andre ting, men bare med store anstrengelser. Ikke vrangforestillinger.

6 Alvorlig Skyldfølelse i form av vrangforestillinger ELLER urimelig selvbebreidelse mye ute av proporsjon med omstendighetene.

7 Svært alvorlig Skyldfølelse i form av vrangforestillinger ELLER urimelig selvbebreidelse svært mye ute av proporsjon med omstendighetene. Personen er svært opptatt av skyld og vil sannsynligvis fortelle andre om det eller handle ut ifra vrangforestillingene.

6 FIENDTLIGHET

Antipati, forakt, fiendtlighet, trusler, krangling, raseriutbrudd, ødeleggelse av ting, slåssing og andre uttrykk for fiendtlige holdninger eller handlinger. Trekk ikke slutninger om fiendtlighet ut i fra nevrotisk forsvar, angst eller somatiske plager. Ta ikke med hendelser med velbegrunnet sinne eller åpenbart selvforsvar.

Hvordan har du kommet overens med andre (familie, medarbeidere etc)?

Har du vært irritabel eller gretten i det siste?

(Hvordan viser du det? Holder du det for deg selv?)

Har du noen gang vært så irritabel at du har skreket til folk eller startet en slåsskamp eller krangel?

(Har du tatt deg selv i å skrike til folk du ikke kjente?)

Har du slått noen i det siste?

1 Ikke til stede

2 Svært mild Irritabel eller gretten, men gir ikke åpent uttrykk for det.

3 Mild Kranglevoren eller sarkastisk.

4 Moderat Åpenlyst sint ved flere anledninger ELLER skreket mye til andre.

5 Moderat alvorlig Har truet, smelt med dører eller kastet ting.

6 Alvorlig Har angrepet andre uten at det trolig ville medføre skade (f.eks. fiket til eller dyttet til noen) ELLER ødelagt ting (f.eks. veltet møbler eller knust vinduer).

7 Svært alvorlig Har angrepet andre med tydelig mulighet til å skade dem eller slik at de virkelig ble skadet (f.eks. angrep med hammer eller våpen).

7 OPPSTEMHET

En gjennomtrengende, vedvarende og overdreven følelse av velvære, munterhet, oppstemthet (uttrykk for patologisk stemningsleie), optimisme som ikke står i forhold til omstendighetene. Ikke trekk slutninger om oppstemhet bare på grunnlag av økt aktivitet eller grandiose uttalelser.

Har du følt deg så vel eller høyt oppe at andre har ment at du ikke var ditt normale selv?

Har du følt deg munter og "på verdens topp" uten noen grunn?

(Still disse spørsmål ved hevet stemningsleie/eufori:)

Kjentes det som mer enn å bare føle seg vel?

Hvor lenge varte det?

1 Ikke til stede

2 Svært mild Synes å være lykkelig og munter uten noen stor grunn.

3 Mild Følelse av vedvarende velvære uten at en kan vise til noen grunn.

4 Moderat I perioder overdreven og urealistisk følelse av velvære, munterhet, selvtillit eller optimisme som ikke står i forhold til omstendighetene. Kan ofte spøke, smile, være løssluppen eller overdrevent entusiastisk ELLER noen få eksempler på markert hevet stemningsleie med eufori.

5 Moderat alvorlig Har mye av tida overdrevne og urealistiske følelser av velvære, selvtillit eller optimisme som ikke står i forhold til omstendighetene. Kan beskrive følelser som "på verdens topp", "som om alt faller på plass" eller "bedre enn noen gang før" ELLER en del eksempler på markert hevet stemningsleie med eufori.

6 Alvorlig Mange eksempler på markert hevet stemningsleie med eufori ELLER stemningsleiet er helt klart hevet nesten hele tida under intervjuet og samsvarer ikke med innholdet.

7 Svært alvorlig Opprømt eller virker nesten beruset, ler, spøker, fniser, stadig euforisk, føler seg usårbar, og alt dette står ikke i forhold til de umiddelbare omstendighetene.

8 STORHETSIDEER

Overdrevne oppfatninger om seg selv, overbevisning om at en har spesielle evner eller makt, eller mener seg å være en som er rik eller berømt. Skår bare pasientens egne utsagn om seg selv, ikke hans atferd. Merk: Dersom personen skåres til "6" eller "7" på storhetsideer, må du skåre Uvanlig tankeinnhold til minst "4" eller høyere.

Er det noe spesielt med deg?

Har du spesielle evner eller en spesiell makt?

Har du tanker om at du kan være rik eller berømt?

(Spør om følgende dersom pasienten forteller om storhetsideer eller vrangforestillinger:)

Hvor ofte har du tenkt på ... (bruk pasientens egne ord)?

Har du fortalt noen om det du har tenkt?

Har du gjort noe ut i fra det du har tenkt?

1 Ikke til stede

2 Svært mild Føler seg storartet og benekter åpenbare problemer, men er ikke urealistisk.

3 Mild Overdrevne selvoppfatninger ut over det evner og utdanning tilsier.

4 Moderat Upassende skryting, gjør krav på å være fremragende, innsiktsfull og begavet ut over det som er realistisk. Men det er sjelden at han avslører dette eller handler ut i fra disse oppblåste oppfatningen om seg selv. Han hevder ikke at han virkelig har utført store ting.

5 Moderat alvorlig Som "4", men pasienten avslører og handler ofte ut i fra storhetsideene. Han kan være i tvil om realiteten i storhetsideene. Han har ikke vrangforestillinger.

6 Alvorlig Vrangforestillinger, - hevder å ha overnaturlige evner eller krefter, å ha millioner av kroner, å ha oppfunnet nye maskiner, å ha hatt stillinger som en vet at han aldri har hatt, å være Jesus Kristus eller statsministeren. Pasienten behøver ikke å være veldig opptatt av dette.

7 Svært alvorlig Vrangforestillinger, - samme som "6", men pasienten er svært opptatt av dem og har en tendens til å avsløre og handle ut i fra disse vrangforestillingene.

9 MISTENKSOMHET.

Uttrykt eller åpenbar tro på at andre har handlet i ond hensikt eller for å gjøre forskjellsbehandling. Dette inkluderer forfølgelse av overnaturlige eller andre ikke-menneskelige makter (f.eks. djevelen).
Merk: Skåring på "3" eller høyere skal også skåres på Uvanlig tankeinnhold.

*Kjenner du deg noen gang uvel ute blant folk?
Virker det som om andre iakttar deg?
Er du opptatt av hvilke hensikter noen har overfor deg?
Er det noen som gjør alt de kan for å gjøre ting vanskelig for deg eller forsøke å skade deg?
Føler du at du er i fare?*

(Spør om følgende dersom pasienten gir uttrykk for forfølgelsestanker eller vrangforestillinger:)
Hvor ofte har du vært bekymret for at...bruk pasientens egne ord)? Har du fortalt noen om disse opplevelsene?

1 Ikke til stede

2 Svært mild Synes å være på vakt. Svarer nødig på "personlige" spørsmål. Gir uttrykk for å være overdrevent opptatt av seg selv når ute blant folk.

3 Mild Beskriver hendelser der andre har skadet eller ønsket å skade ham/henne og som virker tilsynelatende troverdige. Pasienten føler det som om andre iakttar ham, ler eller kritiserer ham offentlig, men dette skjer bare av og til eller sjelden. Han/hun er i liten eller ingen grad opptatt av dette.

4 Moderat Sier at andre snakker om ham/henne i ond hensikt, eller kan skade ham/henne. Dette virker ikke sannsynlig eller troverdig, men er ikke vrangforestillinger. Hendelser med mistanke om forfølgelse skjer av og til (sjeldnere enn en gang i uka) og han/hun er noe opptatt av disse.

5 Moderat alvorlig Som under "4", men hendelsene opptrer hyppig, slik som mer enn en gang i uka. Pasienten er moderat opptatt av forfølgelse ELLER pasienten gir uttrykk for forfølgelsesideer med mye tvil f.eks. delvis vrangforestilling).

6 Alvorlig Vrangforestillinger, - snakker om mafia-sammensvergelses, etterretningstjenesten, at andre forgifter hans/hennes mat, eller forfølgelse ved overnaturlige krefter.

7 Svært alvorlig Samme som "6", men forestillingene er bizarre eller opptar ham/henne mer. Han/hun har en tendens til å avsløre sine vrangforestillinger eller handle ut i fra dem.

10 HALLUSINASJONER

Har sanseopplevelser uten relevante ytre stimuli. Når en skårer i hvilken grad funksjonsevnen forstyrres av hallusinasjonene, skal en inkludere hvor mye pasienten er opptatt av innholdet og opplevelsene av hallusinasjonene, så vel som funksjonsforstyrrelse som skyldes at pasienten handler ut ifra hallusinasjonene (for eksempel avvikende atferd som skyldes bydende hallusinasjoner. Inkluder opplevelse av at tankene kan høres og pseudo-hallusinasjoner (hører en stemme inne i hodet) dersom dette høres som stemmer.

Synes du noen gang at du hører noen som sier navnet ditt?

Har du hørt lyder eller folk som snakker til deg eller om deg når det ikke har vært noen i nærheten?

(Hvis hører stemmer:) Hva sier stemmen(e)?

Har du noen gang hatt syner eller sett ting som andre ikke ser? Hva med lukter som andre ikke merker?

(Om hallusinasjoner, still følgende spørsmål:)

Har disse opplevelsene virket forstyrrende inn på din evne til å utføre ditt arbeid eller dine daglige gjøremål? Hvordan forklarer du dem? Hvor ofte kommer de?

1 Ikke til stede

2 Svært mild Mens en hviler eller holder på å sovne kan en se syner, høre stemmer, lyder eller hvisking uten ytre stimuli, men det er ingen nedsatt funksjonsevne.

3 Mild Mens en helt klart er ved full bevissthet kan en høre en stemme si navnet sitt, oppleve ikke-verbale hørselshallusinasjoner (f.eks. lyder eller hvisking), ha formløse synshallusinasjoner, eller ha sanseopplevelser ved tilstedeværelse av modalitetsrelevante stimuli (for eksempel synsillusjoner) sjelden (for eksempel 1-2 ganger i uka) og uten noen reduksjon av funksjonsnivået.

4 Moderat Av og til hallusinasjoner for med ord, syner, smak, lukt eller berøring uten nedsatt funksjonsevne ELLER ikke-verbale hørselshallusinasjoner eller synsillusjoner oftere enn av og til eller med funksjonsnedsettelse.

5 Moderat alvorlig Daglige hallusinasjoner ELLER forstyrret funksjonsevne i noen områder på grunn av hallusinasjoner.

6 Alvorlig Hallusinasjoner flere ganger om dagen ELLER forstyrret funksjonsevne i mange områder på grunn av hallusinasjoner.

7 Svært alvorlig Vedvarende hallusinasjoner hele dagen ELLER forstyrret funksjonsevne innen de fleste områder på grunn av hallusinasjoner.

11. UVANLIG TANKEINNHOLD

Uvanlig, merkelig eller underlig tankeinnhold. Skår graden av hvor uvanlig selve tankeinnholdet er, ikke hvor forstyrret talen er. Vrangforestillinger er åpenlyst meningsløse, klart feilaktige eller underlige ideer som uttrykkes med full overbevisning. Regn det som full overbevisning om pasienten har handlet som om vrangforestillingene var sanne. Selvhenføringsideer eller forfølgelsesideer kan skilles fra vrangforestillinger ved at de første uttrykkes med mer tvil og inneholder mer elementer av virkelighet. Inkluder følelsen av at andre påvirker tankene, tilbaketrekning av tanker og opplevelser av at tankene kringkastes. Ta med storhetsforestillinger, somatiske vrangforestillinger og forfølgelsestanker selv om dette også er skåret andre steder.

Merk: Dersom Somatisk bekymring, skyldfølelse, Mistenksomhet eller Storhetsideer er skåret til "6" eller "7" på grunn av vrangforestillinger, må uvanlig tankeinnhold kåres til "4" eller mer.

*Har du mottatt noen spesielle budskap eller beskjeder fra folk er fra hvordan ting skjer rundt deg?
Har du sett noe i TV eller aviser som henspeiler til deg?
Kan noen lese tankene dine?
Har du et spesielt forhold til Gud?
Er det noe som for eksempel elektrisitet, røntgenstråler eller radiobølger som virker inn på deg?
Plassert tanker inn i hodet ditt som ikke er dine egne?
Har du følt at du var under kontroll av en annen person eller makt?
Har du opplevd bestemte meninger med ting eller hendelser?*

(Spør om følgende dersom pasienten gir uttrykk for merkelige ideer eller vrangforestillinger:)
*Hvor ofte tenker du på ...bruk pasientens egne ord)?
Har du fortalt noen om disse opplevelsene?
Hvordan forklarer du de tingene som har hendt?*

1 Ikke til stede

2 Svært mild Selvhenføringsideer (føler at folk ser på eller ler av en), forfølgelsestanker (folk behandler ham feil). Uvanlig tro på psykiske krefter, ånder, UFO'er, eller urealistisk tro på egne evner. Troen på dette er ikke sterk, - er noe i tvil.

3 Mild Samme som 2, men graden av virkelighetsforvringning er mer alvorlig som indikert ved svært uvanlige ideer eller sterkere overbevisning. Innholdet kan være typiske vrangforestillinger (tilmed bisarre), men uten full overbevisning. Vrangforestillingen ser ikke ut til å vært ferdig utformet, men blir tenkt på som en mulig ofrklaring på en uvanlig opplevelse.

4 Moderat Vrangforestilling(er) til stede, men uten at pasienten er opptatt av det eller at det er forstyrret funksjonsnivå. Det kan være en avgrenset (innkapslet) vrangforestilling eller en fast

bekreftelse (holder fast ved) en tidligere opplevd vrangforestilling.

5 Moderat alvorlig Vrangforestilling(er) med full overbevisning og pasienten er en del opptatt av dem ELLER forstyrret funksjonsnivå innen noen områder på grunn av vrangforestillinger.

6 Alvorlig Vrangforestilling(er) med full overbevisning og pasienten er mye opptatt av dem ELLER forstyrret funksjonsnivå innen mange områder på grunn av vrangforestillinger.

7 Svært alvorlig Vrangforestilling(er) med full overbevisning og pasienten er nesten bare opptatt av dem ELLER forstyrret funksjonsnivå innen de fleste områder på grunn av vrangforestillinger.

Skår subskala 12 og 13 ut ifra både det pasienten sier og den atferd en observerer.

12. AVVIKENDE ATFERD

Atferd som er underlig, uvanlig, eller psykotisk kriminell. Ikke begrenset til intervjuet. Inkluder upassende seksuell atferd og upassende affekt.

*Har du gjort noe som har tiltrukket seg andres oppmerksomhet?
Har du gjort noe som kunne ha gitt deg problemer med politiet?
Har du gjort noe som virket uvanlig og forstyrrende for andre?*

1 Ikke til stede

2 Svært mild Lett avvikende eller eksentrisk atferd, (f.eks. fniser av og til for seg selv, unngår adekvat øyekontakt) som ikke tiltrekker seg andres oppmerksomhet ELLER uvanlig atferd innen privat områder (f. eks. uskyldige ritualer) som ikke ville tiltrekke seg andres oppmerksomhet.

3 Mild Merkbart besynderlig atferd, f.eks. snakker upassende høyt, har upassende øye ELLER atferd når alene som av og til (men ikke alltid) tiltrekker seg andres oppmerksomhet, f. eks. hamstrer mat, har uvanlige ritualer, har hansker på innendørs.

4 Moderat Klart avvikende atferd som tiltrekker seg eller ville tiltrekke seg (om sett av andre) andres oppmerksomhet eller bekymring, men det er ikke nødvendig med noen intervensjon. Atferden forekommer av og til, f.eks. fiksert stirring ut i lufta i flere minutter, svarer stemmer en gang, upassende fnising/latter ved 1-2 anledninger, snakker høyt til seg selv.

5 Moderat alvorlig Klart avvikende atferd som tiltrekker seg eller ville tiltrekke seg (om sett av andre) oppmerksomhet fra andre eller fra det offentlige, f.eks. fiksert stirring på en sosialt forstyrrende måte, hyppig passende fnising/latter,

svarer stemmer av og til, spiser noe som ikke er mat.

- 6 Alvorlig** Avvikende atferd som tiltrekker seg andres oppmerksomhet og intervensjoner fra det offentlige, f.eks. dirigerer trafikk, viser seg naken offentlig, stirrer ut i lufta i lange perioder, fører samtaler med hallusinasjoner, hyppig upassende fnising/latter.
- 7 Svært alvorlig** Alvorlige forbrytelser begått på en underlig (bisarr) måte som tiltrekker seg andres oppmerksomhet og kontroll fra det offentlige, f.eks. setter fyr på noe og stirrer inn i flammene ELLER avvikende atferd nesten hele tiden, f. eks. upassende fnising/latter, gir respons bare til hallusinasjoner og lar seg ikke engasjere i interaksjon.

13. MANGLENDE EGENOMSORG

Hygiene, utseende, eller spiseatferd dårligere enn det som vanligvis forventes, dårligere enn sosialt aksepterte normer, eller livstruende.

Hvordan har du stelt deg i det siste?

Hvor ofte skifter du klær?

Hvor ofte tar du en dusj?

Har noen (foreldre/personale) klaget på hvordan du har stelt deg eller kledd deg?

Spiser du regelmessige måltider?

- 1 Ikke til stede**
- 2 Svært mild** Hygiene/utseende litt under vanlige sosiale normer, f.eks. skjorta ute av buksa, knapper som ikke er knøpnet, skollisser som ikke er knyttet, men uten konsekvenser sosialt/medisinsk.
- 3 Mild** Hygiene/utseende av og til under vanlige sosiale normer, f.eks. uregelmessig bading eller dusjing, skitne/flekkete klær, ugredd hår, dropper av og til et viktig måltid.
- 4 Moderat** Hygiene/utseende merkbart under vanlige sosiale normer f.eks. får ikke dusjet eller badet eller skiftet klær, svært skitne klær, ugredd hår, trenger hjelp/påminnelse ELLER uregelmessig mat og drikke med lite konsekvenser sosialt eller medisinsk.
- 5 Moderat alvorlig** Hygiene/utseende under vanlige sosiale normer på flere områder ELLER får kritikk av andre fordi ustelt, og trenger stadig påminning. Spiser og drikker uregelmessig og dårlig, noe som fører til noe medisinske problemer.
- 6 Alvorlig** Hygiene/utseende under vanlige sosiale normer på mange områder, tar ikke alltid dusj eller skifter klær selv om han/hun blir minnet om det. Er blitt utstøtt på skole/bolig/jobb fordi var ustelt, eller trengte intervensjon. Spiser uregelmessig og lite, kan trenge medisinsk hjelp

- 7 Svært alvorlig** Hygiene/utseende er svært dårlig og lett merkbart under vanlige sosiale normer på de fleste områder ELLER trenger påtrengende og øyeblikkelig behov for medisinsk hjelp på grunn av hygiene/utseende/ernæring.

14. DESORIENTERING

Forstår ikke situasjonen eller kommunikasjoner, slik som spørsmål som stilles i løpet av hele BPRS-intervjuet. Forvirret eller desorientert når det gjelder person, sted eller tid. Ikke inkluderer feil svar som skyldes vrangforestillinger.

Kan jeg få stille deg noen standard-spørsmål som vi stiller til alle?

Hvor gammel er du?

Hvilken dato er det i dag? (godta to dager feil)

Hva heter dette stedet?

Hvilket år ble du født?

Hvem er statsminister nå?

- 1 Ikke til stede**
- 2 Svært mild** Virker rotete eller litt forvirret 1-2 ganger under intervjuet. Er orientert for person, sted og tid.
- 3 Mild** Virker av og til rotete eller litt forvirret 3-4 ganger under intervjuet. Mindre unøyaktig-heter når det gjelder person, sted eller tid, f. eks. tar mer enn to dagers feil av dato, eller oppgir feil avdeling ved sykehuset.
- 4 Moderat** Virker ofte forvirret under intervjuet. Mindre unøyaktigheter når det gjelder person, sted eller tid merkes, som under "3" ovenfor. Kan i tillegg ha vansker med å huske generell informasjon, som f. eks. statsministerens navn.
- 5 Moderat alvorlig** Markert forvirret under intervjuet, eller når det gjelder person, sted eller tid merkes, f. eks. dato mer enn en uke feil, eller kan ikke oppgi riktig navn på sykehuset. Har vanskeligheter med å huske personlig informasjon (f.eks. hvor han ble født) eller gjenkjenne folk.
- 6 Alvorlig** Desorientert når det gjelder person, sted eller tid, f.eks. kan ikke gi riktig måned og år. Desorientert i 2 av 3 områder.
- 7 Svært alvorlig** Grovt desorientert for person, sted eller tid, f. eks. kan ikke oppgi navn og alder. Desorientert for alle 3 områder.

SKÅR SKALAENE 15-24 PÅ GRUNNLAG AV OBSERVERT ATFERD OG TALE

15. TENKNINGSFORSTYRRELSER

I hvilken grad talen er forvirret, springende eller desorganisert. Skår digresjoner, grad av omstendelighet, plutselige skifte av emne, mangel på sammenheng, avsporinger, blokkeringer, neologismer og andre tale-forstyrrelser. Skår ikke innholdet i talen.

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Merkelig bruk av ord eller springende tale, men talen er forståelig.
- 3 **Mild** Talen er litt vanskelig å forstå eller få mening i på grunn av digresjoner, grad av omstendelighet eller plutselige skifte i emne.
- 4 **Moderat** Talen er vanskelig å forstå på grunn av digresjoner, grad av omstendelighet, egenart eller skifte av emne ved mange anledninger ELLER 1-2 usammenhengende setninger.
- 5 **Moderat alvorlig** Talen er vanskelig å forstå det meste av tida på grunn av grad av omstendelighet, digresjoner, neologismer, blokkering eller skifte av emne ELLER 3-5 usammenhengende setninger.
- 6 **Alvorlig** Talen er uforståelig det meste av tida på grunn av taleforstyrrelser. Mange BPRS skalaer kan ikke skåres bare ut ifra det pasienten sier.
- 7 **Svært alvorlig** Talen er uforståelig gjennom hele intervjuet.

16. AVFLATET AFFEKT

Begrenset register av emosjonelle uttrykks-former ved ansiktuttrykk, stemme og fakter. Markert likegyldighet eller følelsesmessig avflatning til og med når en snakker om smertefulle emner. For euforiske eller dysforiske pasienter skal en skåre avflatet affekt hvis også en kvalitativ avflatning er klart til stede.

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Det følelsesmessige register er en tanke dempet eller reservert, men viser adekvate ansiktuttrykk og klang i stemmen som er innen normale grenser.
- 3 **Mild** Det følelsesmessige register er forminsket, dempet, eller reservert, uten mange spontane og adekvate følelsesmessige reaksjoner.
- 4 **Moderat** Det følelsesmessige register er merkbart forminsket. Pasienten viser bare unntaksvis følelser, smil eller reaksjoner på smertefulle emner. Stemmen er monoton eller spontane bevegelser er merkbart redusert. Viste følelser eller fakter etterfølges vanligvis av avflatet affekt igjen.
- 5 **Moderat alvorlig** Det følelsesmessige register er svært forminsket. Pasienten viser minimalt med følelser, smil eller reaksjoner på smertefulle emner. Det er få fakter, ansiktuttrykket forandrer seg ikke særlig ofte. Stemmen er monoton det meste av tiden.
- 6 **Alvorlig** Svært lite følelsesmessig register og uttrykk for følelser. Mekanisk i tale og fakter det meste av tiden. Uforandret ansiktuttrykk. Stemmen er monoton det meste av tiden.
- 7 **Svært alvorlig** Praktisk talt intet følelsesmessig register eller uttrykk for følelser, stive bevegelser. Stemmen er monoton hele tiden.

17. EMOSJONELL TILBAKETREKNING

Manglende evne til å ha emosjonell kontakt i intervjusituasjonen. Bruk dine egne følelser til å kjenne om det er en "usynlig barriere" mellom pasienten og intervjueren. Inkluder tilbake-trekning som åpenbart skyldes psykotiske prosesser.

- 1 Ikke til stede**
- 2 Svært mild** Manglende følelsesmessig engasjement viser seg ved at pasienten av og til ikke gir gjensvar, av og til virker opptatt av noe annet eller smiler på en oppstyltet måte, men engasjerer seg spontant i intervjuet det meste av tiden.
- 3 Mild** Manglende følelsesmessig engasjement viser seg ved merkbar svikt i å gi gjensvar, virker opptatt av noe annet, eller manglene varme, men gir respons på henvendelser fra intervjueren.
- 4 Moderat** Følelsesmessig kontakt er ikke til stede under mye av intervjuet fordi personen ikke utdyper svar, har sviktende øyekontakt, ikke ser ut til å bry seg om intervjueren lytter, eller kan være opptatt av psykotisk materiale.
- 5 Moderat alvorlig** Samme som "4", men følelsesmessig kontakt er ikke til stede under det meste av intervjuet.
- 6 Alvorlig** Unngår aktivt følelsesmessig deltagelse. Er ofte slik at ikke svarer eller gir ja/nei-svar (ikke bare på grunn av forfølgelses-ideer). Gir bare minimal følelsesmessig respons.
- 7 Svært alvorlig** Unngår konsekvent følelses-messig deltagelse. Svarer ikke eller gir ja/nei-svar (ikke bare på grunn av forfølgelsesideer). Kan gå sin vei under intervjuet eller rett og slett svarer ikke i det hele tatt.

18. MOTORISK RETARDASJON

Redusert energinivå som viser seg ved nedsatt tempo i bevegelser og tale, redusert kropps-tonus og nedsatt antall spontane bevegelser. Skår bare på grunnlag av observert atferd. Skår ikke ut i fra pasientens subjektive inntrykk av sitt eget energinivå. Skår uansett effekt av medikamenter.

- 1 Ikke til stede**
- 2 Svært mild** En tanke seine eller reduserte bevegelser eller tale sammenlignet med folk flest.
- 3 Mild** Merkbart seine eller reduserte bevegelser eller tale sammenlignet med folk flest.
- 4 Moderat** Svær reduksjon eller treghet i bevegelser eller tale.
- 5 Moderat alvorlig** Snakker eller beveger seg sjelden spontant ELLER har svært mekaniske eller stive bevegelser.
- 6 Alvorlig** Beveger seg ikke eller snakker ikke utenom når får puff eller oppfordres innstendig.
- 7 Svært alvorlig** Tilstivnet, kataton.

19. SPENNINGER

Observerbare fysiske og motoriske uttrykk for spenninger, "nervøsitet" og uro. Egen utsagn om spenninger skåres på skalaen for angst. Skår ikke rastløshet hvis den utelukkende skyldes bivirkninger av medikamenter, men skår dersom bivirkningene forverres av spenninger.

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Mer rastløs enn de fleste, men innen det normale. Noen få forbigående tegn på rastløshet, f. eks. plukker på fingerne, vipper med foten, klør seg i hodet flere ganger, eller trommer med fingrene.
- 3 **Mild** Samme som "2", men oftere eller mer overdrevne tegn på rastløshet.
- 4 **Moderat** Mange og hyppige tegn på motorisk rastløshet med ett eller flere tegn som kan forekomme samtidig, f.eks. å vippe med foten mens en vrir hendene. Det er tider da det ikke er noe tegn til rastløshet.
- 5 **Moderat alvorlig** Mange og hyppige tegn på motorisk rastløshet med ett eller flere tegn som kan forekomme samtidig. Det er også her slik at det en sjelden gang ikke er noe tegn til rastløshet.
- 6 **Alvorlig** Samme som "5", men med tegn på rastløshet hele tiden.
- 7 **Svært alvorlig** Flere tegn på motorisk rastløshet er til stede hele tiden, f.eks. går fram og tilbake hele tiden mens en vrir hendene.

20. MANGLENDE SAMARBEIDSVILJE

Motstand og manglende villighet til å samarbeide med intervjueren. Dette kan skyldes mistenksomhet. Skår bare manglende samarbeidsvilje overfor intervjueren, ikke atferd i forhold til venner eller slektninger.

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Viser ikke-verbale tegn til motvilje, men klager ikke eller protesterer ikke.
- 3 **Mild** Beklager seg eller prøver å unngå å etterkomme ønsket, men fortsetter likevel uten å diskutere/krangle.
- 4 **Moderat** Viser verbal motstand, men svarer til slutt etter at spørsmålene er blitt reformulert eller gjentatt.
- 5 **Moderat alvorlig** Samme som "4", men holder tilbake noe informasjon som er nødvendig for nøyaktige skåring.
- 6 **Alvorlig** Nekte å samarbeide med intervjuer, men fortsetter å være i intervjusituasjonen.
- 7 **Svært alvorlig** Samme som "6", men med aktive anstrengelser for å unngå intervjuet.

21. REAKTIVITET

Forhøyede følelsesmessige spenninger, eller økt følelsesmessig reaktivitet overfor intervjuer eller emner som en snakker om, Den økte reaktiviteten viser seg ved økt intensitet i ansiktsuttrykk, stemmeleie, fakter, eller ved at en snakker mer eller fortere.

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Svak og flyktig eller usikker økning i følelsesmessig intensitet, f.eks. virker til tider oppspilt eller årvåken.
- 3 **Mild** Svak men vedvarende økning i følelsesmessig intensitet, f.eks. livlig bruk av fakter og variasjon i stemmeleie.
- 4 **Moderat** Økning i følelsesmessig intensitet er avgjort til stede men bare av og til, f.eks. reagerer med merkbar følelsesmessig intensitet på intervjuer eller temaer som det snakkes om. Noe talepress.
- 5 **Moderat alvorlig** Økning i følelsesmessig intensitet er avgjort og vedvarende til stede, f.eks. reagerer på mange stimuli (uansett om relevant eller ikke) med betydelig følelsesmessig intensitet. Hyppig talepress.
- 6 **Alvorlig** Markert økning i følelsesmessig intensitet, f.eks. reagerer på de fleste stimuli med inadekvat følelsesmessig intensitet. Har vanskelig for å slå seg til ro eller holde seg til en oppgave. Ofte rastløs, impulsiv, eller ofte talepress.
- 7 **Svært alvorlig** Markert og vedvarende økning i følelsesmessig intensitet. Reagerer på alle stimuli med inadekvat intensitet, impulsivitet. Kan ikke slå seg til ro eller holde seg til en oppgave. Svært rastløs og impulsiv det meste av tiden. Talepress hele tiden.

22. DISTRAHERBARHET

I hvilken grad observert sekvens av tale og handlinger blir avbrutt av stimuli som ikke har noe med intervjuet å gjøre. Distraherbarhet skåres når pasienten viser et skifte i fokus for oppmerksomhet eller et markert skifte i blikket. Pasientens oppmerksomhet kan bli tiltrukket av lyder fra tilstøtende rom, bøker i en hylle, intervjuerens klær etc. Ikke skår omstendelighet, digresjoner eller tankeflukt. Skår heller ikke grubling over vrangforestillinger. Skår distraherbarhet selv om det distraherende stimulus ikke kan identifiseres.

- 1 **Ikke til stede**
- 2 **Svært mild** Kan generelt fokusere på intervjuerens spørsmål med bare en distraksjon eller kortvarig inadekvat skifte i oppmerksomheten.
- 3 **Mild** Pasienten skifter 2-3 ganger fokus for oppmerksomheten til ting som ikke har noe med intervjuet å gjøre.
- 4 **Moderat** Reagerer ofte på irrelevante stimuli i rommet, f.eks. vender seg bort fra intervjuerens blikk.
- 5 **Moderat alvorlig** Samme som ovenfor, men her griper det forstyrrende inn i flyten i intervjuet.
- 6 **Alvorlig** Svært vanskelig å gjennomføre intervjuet eller forfølge et emne fordi pasienten er opptatt med irrelevante stimuli.
- 7 **Svært alvorlig** Umulig å gjennomføre et intervju fordi pasienten er opptatt av irrelevante stimuli.

23. MOTORISK HYPERAKTIVITET

Økt energinivå som viser seg i hyppigere bevegelser og/eller rask tale. Skår ikke rastløshet som skyldes akathisi.

- 1 Ikke til stede**
- 2 Svært mild** Noe rastløshet, vanskelig å sitte stille, livlige ansiktsuttrykk, eller noe pratsom.
- 3 Mild** Av og til svært rastløs, en avgjort økning i motorisk aktivitet, livlige fakter, 1-3 korte eksempler på talepress.
- 4 Moderat** Svært rastløs, uro, overdrevne ansiktsuttrykk eller uhensiktsmessige og stadig gjentatte motoriske bevegelser. Mye talepress i opptil en tredel av intervjuet.
- 5 Moderat alvorlig** Ofte rastløs, uro. Mange eksempler på overdrevne uhensiktsmessige og stadig gjentatte motoriske bevegelser. Er i bevegelse det meste av tida. Hyppig talepress, er vanskelig å avbryte. Reiser seg 1-2 ganger for å gå rundt.
- 6 Alvorlig** Uttalt motorisk aktivitet, rastløshet, uro, høy banking, er bråkete etc. gjennom det meste av intervjuet. Talen kan bare avbrytes med store anstrengelser. Reiser seg 3-4 ganger for å gå rundt.
- 7 Svært alvorlig** Kontinuerlig uttalt motorisk aktivitet under hele intervjuet, f.eks. går stadig rundt, stadig talepress uten noen pauser, pasienten kan bare bli avbrutt korte øyeblikk og en får tak i bare små biter med relevant informasjon.

24. UVANLIG MOTORISK AKTIVITET

Uvanlig og underlig atferd, stereotype bevegelser eller handlinger, eller enhver kroppsstilling som tydelig er ubehagelig eller upassende. Ikke ta med åpenbare uttrykk for bivirkninger av medikamenter. Ikke ta med nervøse bevegelser som ikke er merkelige eller uvanlige.

- 1 Ikke til stede**
- 2 Svært mild** Sære eller underlige manérer eller aktiviteter som vanlige folk ville ha vanskelig for å forklare, f.eks. grimaser og plukking. Observert en gang for en kort periode.
- 3 Mild** Samme som "2", men skjer to ganger av kort varighet.
- 4 Moderat** Manérer eller kroppsstillinger (f.eks. stereotype bevegelser eller handlinger, rugging, nikking, eller grimasering) som er observert flere ganger i kortere perioder, eller mer sjelden men er svært underlig, f.eks. ubehagelige kroppsstillinger som holdes i 5 sekunder mer enn to ganger.
- 5 Moderat alvorlig** Samme som "4", men forekommer ofte, eller flere eksempler på svært merkelige manérer eller kroppsstillinger som er særegne for pasienten.
- 6 Alvorlig** Hyppig forekommende stereotyp atferd, inntar og holder ubehagelige eller upassende kroppsstillinger, intens ruggin, tilgrising, merkelige ritualer, eller fosterstilling. Personen kan være i interaksjon med folk og omgivelsene i kortere perioder trass i denne atferden.
- 7 Svært alvorlig** Samme som "6", men personen kan ikke være i interaksjon med folk eller omgivelsene på grunn av denne atferden.