

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

sygdom – det gælder også for patologerne, når sygdommen opdages eller afklares ved sektion; den eneste undtagelse er, når vi ved, at anmeldelse allerede er sket fra anden side. Men vi vil også anbefale, at man i alle tilfælde af mesoteliom, uanset lokalisering, og alle tilfælde af kræft i næse- og bihuler, uanset histologi, hvor man af forskellige grunde har valgt ikke at anmelde til Arbejdsskadestyrelsen, henviser til ætiologisk udredning på en arbejdsmedicinsk klinik. Det kan ske, når diagnosen er afklaret, og den relevante behandling er igangsat.

Når anmeldeshyppighederne er for lave for mesoteliom og sinonasalt adenokarcinom, som har en dominerende erhvervsmæssig årsag, er der grund til at antage, at anmeldeshyppigheden af arbejdsbetingede kræfttilfælde i andre organer, som især er lunge, larynx, urinblære, nyrepelvis, nyreparenkym, lever, knoglemarv og hud er noget ringere. Når anmeldelsen er modtaget i Arbejdsskadestyrelsen, overtager man der ansvaret for, at den ætiologiske udredning føres til ende.

Korrespondance: *Jørgen H. Olsen*, Kræftens Bekæmpelse, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, DK-2100 København Ø. E-mail: [jorgen@cancer.dk](mailto:jorgen@cancer.dk)

Antaget: 16. oktober 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Arbejdsskadestyrelsen ved koordinerende overlæge *Bent Mathiesen* takkes for datamæssigt samarbejde og for konstruktive kommentarer til manuskriptet.

## Litteratur

- Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981;66:1192-308.
- Olsen JH, Andersen A, Dreyer L et al. Summary of avoidable cancers in the Nordic countries. *APMIS* 1997;105(suppl 76):141-6.
- Siemiatycki J, Richardson L, Straif K et al. Listing occupational carcinogens. *Environ Health Perspect* 2004;112:1447-59.
- Boffetta P, Kogevinas M, Siminato L et al. Current perspectives on occupational cancer risks. *Int J Occup Environ Health* 1995;1:315-25.
- Sundhedsstyrelsen. Cancerincidens i Danmark 2001. København: Sundhedsstyrelsen, 2006 (Sundhedsstatistikken).
- Beskæftigelsesministeriet. Læger og tandlægers pligt til at anmelde arbejdsbetingede lidelser til Arbejdstilsynet og Arbejdsskadestyrelsen. Bekendtgørelse nr. 950 af 26. november 2003.
- [www.ask.dk/Vejledning om arbejdsbetinget kræft/aug 2006](http://www.ask.dk/Vejledning%20om%20arbejdsbetinget%20kræft/aug%202006).
- Arbejdsskadestyrelsen. Arbejdsskadestatistik 3003. København: Arbejdsskadestyrelsen, 2004.
- Jensen AR, Overgaard J, Storm HH. Validity of breast cancer in the Danish Cancer Registry: a study based on clinical records from one county in Denmark. *Eur J Cancer Prev* 2002;11:359-64.
- Storm HH. Completeness of cancer registration in Denmark 1943-1966 and efficacy of record linkage procedures. *Int J Epidemiol* 1988;17:44-9.
- World Health Organization. International classification of diseases for oncology. Geneva: World Health Organization, 1976.
- Danmarks Statistik. Danmarks Statistik Erhvervsgrupperingskode, DSE 77. København: Danmarks Statistik, 1989.
- Hansen J, Schneider T, Olsen JH et al. Availability of data on humans potentially exposed to suspected carcinogens in the Danish working environment. *Pharmacol Toxicol* 1993;72 (suppl 1):77-85.
- Skov T, Mikkelsen S, Svane O et al. Reporting of occupational cancer in Denmark. *Scand J Work Environ Health* 1990;16:401-5.
- Danø H, Skov T, Lynge E. Underreporting of occupational cancers in Denmark. *Scand J Work Environ Health* 1996;22:55-7.

## 50-års-registerefterundersøgelse af 112 patienter med klassisk neurosedidiagnose

Overlæge Peter Winning Jepsen, seniorforsker Knud Juel & professor Per Bech

Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik,  
Distriktpsikiatrisk Center Sankt Joseph, afsnit 8101,  
Statens Institut for Folkesundhed, og  
Psykiatrisk Sygehus, Hillerød

### Resume

**Introduktion:** Register efterundersøgelse af en gruppe patienter med neurosedidiagnose, som udgjorde hospitalsmateriale i afdøde overlæge, dr.med. *Erling Jacobsens* disputats fra 1965.

**Materiale og metoder:** Materialet udgøres af 112 patienter (30 mænd (26,8%) og 82 kvinder (73,2%)), der var hospitalsindlagt i årene 1952-1957 og led af anxios, anankastisk (tvangs-) eller konversionshysterisk neurose. I en tidligere fase af undersøgelsen diagnosticeredes probanderne efter Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-III på baggrund af en gennemgang af de originale journaler. Resultaterne i den foreliggende un-

dersøgelse er overvejende baseret på DSM-III-diagnoserne. Med hensyn til død blev status fulgt frem til den 31. december 2004. Den maksimale opfølgningstid var således 53 år.

**Resultater:** Hverken den oprindelige diagnostiske kategorisering af patienterne eller kategorisering efter DSM-III havde prognostisk betydning for forløbet med hensyn til genindlæggelse eller død. I opfølgningstiden indtraf der 67 dødsfald. I populationen som helhed var der en svag, ikkesignifikant overdødelighed på 1,16 for mænd og 1,14 for kvinder. For både mænd og kvinder var der en signifikant overdødelighed pga. selvmord. De fleste selvmord optrådte forholdsvis tæt på udskrivningsdatoen efter indeksindlæggelsen. Af de 112 patienter skiftede 81,2% ikke diagnostisk hovedkategori fra neurose til psykose. 14,3% fik en psykosedidiagnose.

**Konklusion:** En klassisk dansk neurosedidiagnose er i praksis ganske stabil. En mindre andel af patienterne blev dog psykotiske. Den opfattelse, at »ægte« neurotikere ikke siden hen kan få en psykosediagnose, har således ikke kunnet bekræftes.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

I overlæge, dr.med. *Erling Jacobsens* (EJ) (1919-1988) disputas »Psykoneuroser« [1] belystes ved en standardiseret udsøggen af et materiale af psykoneurotikere og tilfældigt udvalgte raske personer, hvilke anamnesticke oplysninger der havde størst betydning for diagnosen. Spørgsmålene gjaldt først og fremmest tidligere neurotiske træk, probandernes holdning til deres barndomsmiljø og visse karakteristika ved deres følelsesmæssige forhold til andre mennesker.

Materialet var i diagnostisk henseende afgrænset efter Dansk Psykiatrisk Selskabs Diagnoseliste af 1952 [2] i en gruppe af anxiøse (n = 44), en gruppe af anankastiske (traditionelt også betegnet tvangsneurotiske) (n = 34) og en gruppe af hysteriske (n = 34). De i alt 112 patienter udgør, hvad der i disputatsen omtales som hospitalsmaterialet.

Formålet med nærværende undersøgelse var at foretage sammenligninger mellem den oprindelige diagnose og sygdomsforløbet målt ved senere indlæggelser, diagnostisk forløb og død mhp. at kunne prædikere lignende forløb og validere neurosed diagnosen.

### Materiale og metoder

Materialet udgøres af 112 patienter (30 mænd (26,8%) og 82 kvinder (73,2%)), der var indlagt på Dianalund Nervesanatorium eller Kolonien Filadelfias psykiatriske afdeling i årene 1952-1955, og enkelte patienter, som var indlagt på Rigshospitalets psykiatriske afdeling i 1957. Materialet blev indsamlet konsekutivt, mens EJ var ansat som reservelæge på de nævnte afdelinger. Indgangen i nærværende undersøgelse defineredes ved udskrivningsdatoen.

Patienterne var indlagt før Det Centrale Personregister (CPR) blev oprettet pr. 1. april 1968. Patienternes CPR-numre blev søgt i CPR, og CPR-numrene blev eftersat i Det Psykiatriske Centralregister [3]. Status for hospitalsindlæggelse blev fulgt frem til den 31. december 2000. I en tidligere fase af undersøgelsen blev der foretaget en systematisk gennemgang af samtlige originale journaler for at omdagnosticere probandene efter DSM-III [4]. **Tabel 1** viser fordelingen af de tre

delmaterialer på DSM-III-kategorier. Resultaterne i den foreliggende undersøgelse er overvejende baseret på DSM-III-kategorierne.

Med hensyn til død blev status fulgt frem til den 31. december 2004. Den maksimale opfølgningstid var således 53 år. I overlevelsesanalyserne er beregnet den forventede dødelighed i populationen, hvis dødeligheden havde været som i den køns-, alders- og kalendertidsmæssigt tilsvarende danske normalbefolkning. Forholdet mellem det observerede antal dødsfald og det forventede antal giver den standardiserede mortalitetsratio (SMR).

### Etik

Der blev indhentet tilladelse til at benytte data fra Det Centrale Personregister, Det Psykiatriske Centralregister og Data-tilsynet. Grundmaterialet blev opbevaret af EJ, og data indhentes fra EJ inden dennes død. Etikken vedrørende indsamlingen af de oprindelige data har ikke kunnet belyses.

### Resultater

Probanderne var født mellem 1918 og 1938 og var på indlæggelsestidspunktet 18-40 år gamle (medianalder 31 år). De 112 patienter fordeler sig med 97, som blev genfundet med fuldt CPR-nummer (86,6%), otte som var døde før den 1. april 1968 (7,1%), og en som ifølge andre oplysninger var død i 1985, men hvis CPR-nummer ikke kendes (0,9%). Endelig kunne seks patienter (5,4%) ikke genfindes. I overlevelsesberegningerne figurerer disse som levende indtil den 31. december 2004.

I opfølgningstiden indtraf der 67 dødsfald, det første i 1953, de sidste i 2003. Der var en svag ikkesignifikant overdødelighed på 1,16 for mænd og 1,14 for kvinder (**Tabel 2**). En opdeling efter delmateriale og DSM-III-kategori gav også meget enslydende resultater.

I Tabel 2 er opfølgingsperioden opdelt i intervaller efter udskrivningsdatoen. Der sås en signifikant overdødelighed i de første ti år efter udskrivningen: Der observeredes syv dødsfald mod forventet 1,7. I de øvrige intervaller er SMR-værdien ikke signifikant forskellig fra 1.

Der var i alt otte selvmord, tre blandt mænd og fem blandt kvinder. For både mænd og kvinder var overdødeligheden signifikant forhøjet (**Tabel 3**). De i alt 6,6 for mange selvmord svarer stort set til det totale antal ekstra dødsfald i den undersøgte population. En fordeling af de otte selvmord efter delmateriale og DSM-III-kategorier viser ikke store forskelle. De fleste selvmord forekom forholdsvis tæt på udskrivningsdatoen. I hvert fald var overhyppigheden stort set forsvundet 20 år efter udskrivelsen.

Materialet på 112 personer er beskedent, men med 67 dødsfald kan det være rimeligt at vurdere sammenhængene mellem køn, alder ved indlæggelse, fødselsår, delmateriale og DSM-III-kategori og risikoen for senere død i en multivariat analyse. Dette er gjort i en overlevelsesanalyse ved hjælp af COX-modellen. For ingen af de fem medtagne variable var

**Tabel 1.** Kohorten af neurosepatienter. De tre delmaterialer fordelt efter Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-III-kategorier. Kategorien »andet« omfatter øvrige eller uspecificerede angsttilstande.

DSM-III-kategori	Delmateriale			Total n (%)
	anxiøse n (%)	anankastiske n (%)	hysteriske n (%)	
Paniktilstand . . . . .	14 (31,8)	–	1 (2,9)	15 (13,4)
Generaliseret angst . . . . .	19 (43,2)	5 (14,7)	6 (17,6)	30 (26,8)
Konversionstilstand . . . . .	–	–	19 (55,9)	19 (17,0)
Obsessiv-kompulsiv tilstand . . . . .	1 (2,3)	25 (73,5)	–	26 (23,2)
Dystymi . . . . .	4 (9,1)	1 (2,9)	1 (2,9)	6 (5,4)
Andet . . . . .	6 (13,6)	3 (8,8)	7 (20,6)	16 (14,3)
I alt	44 (100)	34 (100)	34 (100)	112 (100)

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 2.** Kohorten af neurosepatiser. Totaldødelighed, fordelt efter køn, delmateriale, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-III-kategori samt opfølgingsperiode. Observeret og forventet antal dødsfald samt standardiseret mortalitetsratio (SMR) med 95% sikkerhedsgrenser (95% KI).

	n	Observeret	Forventet	SMR	95% KI
<b>Køn</b>					
Mænd	30	22	19,1	1,16	0,72-1,75
Kvinder	82	45	39,4	1,14	0,83-1,53
<b>Delmateriale</b>					
Anxiøse	44	26	22,9	1,14	0,74-1,67
Anankastiske	34	23	18,8	1,22	0,78-1,84
Hysteriske	34	18	16,8	1,07	0,63-1,69
<b>DSM-III-kategori</b>					
Paniktilstand	15	9	8,3	1,1	0,5-2,1
Generaliseret angst	30	19	13,8	1,4	0,8-2,2
Konversionstilstand	19	7	12,1	0,6	0,2-1,2
Obsessiv-kompulsiv tilstand	26	18	14,7	1,2	0,7-1,9
Dystymi	6	5	2,1	2,3	0,8-5,4
Andet	16	9	7,4	1,2	0,6-2,3
<b>Opfølgingsperiode, år</b>					
0-9	112	7	1,7	4,06	1,63-8,36
10-19	105	6	3,8	1,57	0,58-3,42
20-29	99	8	8,5	0,95	0,41-1,87
30-39	91	23	16,4	1,40	0,89-2,10
40-53	67	23	28,1	0,82	0,52-1,23
I alt	112	67	58,4	1,15	0,89-1,46

**Tabel 3.** Kohorten af neurosepatiser. Selvmord, fordelt efter køn, delmateriale, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-III-kategori og opfølgingsperiode. Observeret og forventet antal dødsfald samt standardiseret mortalitetsratio (SMR) med 95% sikkerhedsgrenser (95% KI).

	n	Observeret	Forventet	SMR	95% KI
<b>Køn</b>					
Mænd	30	3	0,5	6,5	1,3-18,9
Kvinder	82	5	1,0	5,3	1,7-12,3
<b>Delmateriale</b>					
Anxiøse	44	4	0,6	7,2	2,0-18,5
Anankastiske	34	3	0,5	6,2	1,3-18,0
Hysteriske	34	1	0,4	2,6	0,1-14,7
<b>DSM-III-kategori</b>					
Paniktilstand	15	1	0,2	5,6	0,1-30,9
Generaliseret angst	30	2	0,4	5,4	0,7-19,6
Konversionstilstand	19	1	0,2	4,2	0,1-23,4
Obsessiv-kompulsiv tilstand	26	1	0,4	2,6	0,1-14,5
Dystymi	6	1	0,1	15,6	0,4-86,7
Andet	16	2	0,2	10,8	1,3-38,8
<b>Opfølgingsperiode, år</b>					
0-9	112	3	0,2	13,0	2,7-38,1
10-19	105	3	0,3	9,4	1,9-27,5
20-53	99	2	0,9	2,3	0,28-8,3
I alt	112	8	1,4	5,6	2,4-11,1

der signifikante sammenhænge med senere dødelighed, hverken for totaldødelighed eller dødeligheden af selvmord, men mænd havde dog en klart højere dødelighed end kvinder.

I alt 58 patienter (51,8%) blev ikke senere genindlagt efter indekssindlæggelsen, mens 45 (40,2%) var indlagt 1-5 gange, ni

(8%) var indlagt mere end fem gange, og tre (2,7%) var indlagt flere end ti gange. Opgjort efter køn blev 46,7% af mændene og 48,7% af kvinderne genindlagt. To patienter havde ifølge Det Psykiatriske Centralregister været indlagt før indekssindlæggelsen, mens 54 patienter blev indlagt efter indekssindlæggelsen. Disse 54 patienter havde pr. oktober 1999 haft i alt 17.623 indlæggelsesdage, indekssindlæggelsen ikke medregnet. Den mediane indlæggelsestid var 138 dage (kvartiler 53 og 293 dage, grænser 2-3.188 dage). Det højeste antal indlæggelser var 17 (en patient). Det fremgår dog af sygehistorierne, at flere patienter havde været indlagt før indekssindlæggelsen, men disse indlæggelser var ikke registreret i Det Psykiatriske Centralregister. Den mediane tid til første genindlæggelse var væsentligt kortere for patienter med konversionstilstand (medianetid 1,88 år, grænser 1,24-11,48, *standard error of survival* (SE) 0,61) end for patienter med dystymi (medianetid 19,45 år (grænser 15,12-32,34, SE 3,54) eller paniktilstand (medianetid 8,45 år, grænser 3,12-14,99, SE 1,76).

EJ var af den antagelse, at »ægte« neurotikere ikke siden hen kunne få en ikkeneurosed diagnose. På den anden side var han opmærksom på, at nogle af probanderne i hospitalsmaterialet ud fra en nyere neuroseopfattelse ikke ville være blevet diagnosticeret som neurotikere. Baseret især på sin erindring om den emotionelle kontakt med probanderne om-diagnosticerede EJ derfor i 1985 nogle af probanderne i hospitalsmaterialet. Ved om-diagnosticeringen skønnede EJ, at 25 patienter (22,3%) ville have fået en psykosediagnose (ICD-8: 295.xx og 296.xx) [5].

Hvis den seneste eller hyppigst forekommende diagnose, som blev registreret i Det Psykiatriske Centralregister for patienter, som blev genindlagt mindst en gang, kan betragtes som den »endelige« diagnose, var denne en psykosediagnose for 16 af de 49 patienter (32,7%), som fik en sådan. I alt otte af de 16 patienter med psykosediagnose fik diagnosen affektiv psykose (296.xx). Opgjort på hele materialet fik 14,3% af patienterne en psykosediagnose som »endelig« diagnose. I alt 14 ud af 16 (87,5%) af de patienter, hvis endelige diagnose var en psykosediagnose, havde diagnoserne angsttilstande (panik-angst + generaliseret angst + obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)) efter DSM-III, mens en ud af 16 (6,25%) havde diagnosen konversionstilstand, og en ud af 16 (6,25%) havde en anden diagnose (dystymi + andet) ( $\chi^2 = 2,97$ , frihedsgrader (df) = 2,  $p > 0,10$ ). Opgjort på delmateriale var andelen af patienter med psykosediagnose forholdsmæssigt større blandt de anankastiske (syv ud af 34 = 20,6%) end blandt de anxiøse (seks ud af 44 = 13,6%) og de hysteriske (tre ud af 34 = 8,8%).

Overensstemmelsen mellem den »endelige« diagnose og EJ's diagnose var beskeden. Kun i otte af de 20 tilfælde, hvor der både forelå en diagnose fra EJ og en endelig diagnose, var der enighed om, at der var tale om en psykosediagnose. I seks af de otte tilfælde var der dog tale om den samme psykosediagnose. I alt 33 af de 49 patienter (67,3%), som fik en »endelig« diagnose, fik en neurosed diagnose eller en personligheds-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

diagnose og skiftede således ikke diagnostisk hovedkategori fra neurose til psykose.

På baggrund af oplysningerne i sygehistorierne var det muligt at bedømme patienternes tilstand ved udskrivelsen for 102 af de i alt 112 patienter. I alt var 67 (59,8%) bedret eller noget bedret ved udskrivelsen, mens 35 (31,3%) ikke var bedret ved udskrivelsen. For de sidste ti patienters vedkommende var det ikke muligt at foretage en bedømmelse. Andelen af patienter, som blev bedret eller noget bedret, var ikke forskellig for de to køn. Der var ingen sammenhæng mellem DSM-III-kategori og tilstanden ved udskrivelsen bortset fra en ikke-signifikant tendens til, at patienter med OCD var ikkebedret ved udskrivelsen sammenlignet med patienter med øvrige diagnoser ( $\chi^2 = 2,63$ ,  $df = 1$ ,  $p > 0,10$ ). Der var ingen sammenhæng mellem tilstanden ved udskrivelsen og senere genindlæggelse.

### Diskussion

Undersøgelsen er et retrospektivt registerstudie med en opfølgningstid på ca. 50 år. Den lange opfølgningstid er både undersøgelsens styrke og dens svaghed. På den ene side giver den en unik mulighed for at belyse neuroselidelsers »naturhistorie«. På den anden side har netop denne gruppe lidelser i perioden undergået en betydelig grad af faglig omvurdering, både hvad angår diagnostik og behandling. Det afspejles dels i de psykiatriske sygdomsklassifikationssystemer DSM-III og International Classification of Diseases (ICD)-10 [6], og dels i det forhold at meget få af patienterne i denne undersøgelse formentlig i dag ville være blevet behandlet under hospitalsindlæggelse. Disse forhold må have in mente, når man skal vurdere generaliserbarheden af denne undersøgelses resultater.

I sin monografi over de neurotiske lidelser konkluderede Tyrer [7], at næsten alle de refererede arbejder var af retrospektiv karakter. Tyrer påviste, at tvangslidelsen (OCD) er betydelig mere diagnostisk stabil end angstlidelserne (generaliseret angst og panikangst) og hysteri. Tyrer *et al* [8] gennemførte en af de få prospektive undersøgelser, hvori man sammenligner langtidsløbet af angstlidelserne og kronisk depression (dystymi). Forskerne påviste, at hverken initial DSM-III-diagnose eller initial behandling havde prädiktiv værdi for resultatet efter fem år. Gruppen har foreslået betegnelsen generelt neurotisk syndrom for disse lidelser. Den første prospektive undersøgelse af suicidal adfærd, hvor angstlidelserne og OCD er blevet sammenlignet med depression, viste, at angstlidelserne og OCD er uafhængige risikofaktorer for suicidal adfærd [9].

I overensstemmelse med Tyrer *et al's* fund kan man for den gruppe af neurosepatienter, som indgår i nærværende undersøgelse, konkludere, at hverken initial neurosed diagnose eller tilstand ved udskrivelsen havde prognostisk betydning for forløbet med hensyn til genindlæggelse eller overlevelse. Dersom DSM-III-diagnoser lægges til grund, tegner der sig et tilsvarende billede.

I populationen som helhed var der en svag, ikkesignifikant overdødelighed i forhold til den køns-, alders- og kalender-tidsmæssigt tilsvarende danske normalbefolkning. Der var ingen forskel på dødeligheden i de tre oprindelige diagnosegrupper eller DSM-III-kategorierne. Da de seks ikkeopsørede patienter blev sat til at være i live pr. 31. december 2004, er de fundne forskelle konservative.

For både mænd og kvinder var der en signifikant overdødelighed pga. selvmord. Antallet af selvmord er for beskedent til, at der kan påvises signifikante forskelle mellem de tre neurosegrupper i delmaterialet. Det ser dog ud til, at hysterikere i modsætning til anksede og anankastiske ikke har en overdødelighed i forhold til normalbefolkningen, hvilket er i overensstemmelse med Janets klassiske fund [10]. Det skal bemærkes, at der mangler dødsårsagsoplysninger om de syv seneste dødsfald fra årene 2002-2003 samt et dødsfald fra 1953. Dødsfaldene fra 2002 og 2003 er på nuværende tidspunkt ikke kodet i Sundhedsstyrelsen. Selvmordsdødeligheden i populationen er således konservativt estimeret. De fleste selvmord optrådte forholdsvis tæt på udskrivelsesdatoen efter indeksindlæggelsen. Det forhold, at der er en overhyppighed af selvmord i de første år efter indeksindlæggelsen og altså ikke en lineær forekomst af selvmord over tid, tyder på, at disse selvmord har været forårsaget af selve den traumatiske sygdomsdebut med efterfølgende indlæggelse.

I alt 49 af de 54 patienter, som blev genindlagt mindst en gang, fik en »endelig« diagnose. Heraf var der for 33 patienters vedkommende tale om en neurosed diagnose, mens 16 af de 49 fik en psykosediagnose. For de sidste fem patienter forelå der ingen diagnose. Det er en rimelig antagelse, at de 58 patienter, som ikke blev genindlagt, ikke senere blev psykotiske. Hvis det havde været tilfældet, var de temmelig sikkert blevet indlagt. Det betyder imidlertid ikke, at man uden videre tør fastslå, at de 58 patienter, som ikke senere blev genindlagt var »raske«, især fordi ca. en tredjedel af disse patienter bedømtes som værende ikkebedret ved udskrivelsen. Derimod kan man sige, at 91 (58 + 33) af de 112 patienter (81,2%) i det mindste ikke skiftede diagnostisk hovedkategori fra neurose til psykose. Ser man på de patienter, som havde en »endelig« diagnose i Det Psykiatriske Centralregister, var fordelingen af psykosediagnoser og ikkepsykosediagnoser af samme størrelsesorden i de tre oprindelige neurosegrupper. Opgjort på delmateriale var andelen af patienter med psykosediagnose forholdsvis lidt større blandt de anankastiske end blandt de anksede og de hysteriske.

Alt i alt må man dog konkludere, at en neurosed diagnose stillet efter Dansk Psykiatrisk Selskabs Diagnoseliste af 1952 er ganske stabil. Sammenlignet med WHO's internationale klassifikationssystem [5] var det danske system fra 1952 ikke ringere [11]. Først med DSM-III-systemet blev det psykiatriske klassifikationssystem forbedret, især med henblik på reliabilitet [4]. På den anden side blev en mindre andel altså psykotiske. Den opfattelse, at »ægte« neurotikere ikke siden hen kan

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

få en ikkeneurose-diagnose, har således ikke kunnet bekræftes. Denne konklusion kan ikke afvises med henvisning til, at de personer, som senere blev psykotiske, efter en nyere neurose-opfattelse ikke ville være blevet diagnosticeret som neurotikere. Det var nemlig det forhold, som EJ ville korrigerer for i sit prognostiske skøn fra 1985. Overensstemmelsen mellem den »endelige« diagnose og EJ's diagnose var imidlertid beskeden. EJ baserede helt overvejende sit prognostiske skøn på sin erindring om den emotionelle kontakt med patienterne. Med skyldig hensyntagen til, at dette skøn blev foretaget ca. 30 år efter, at kontakten med patienterne havde fundet sted, tør man vel forsigtigt konkludere, at en psykosediagnose ikke kan baseres på en vurdering af den emotionelle kontakt.

Korrespondance: Peter Winning Jepsen, Distriktpsykiatrisk Center Sankt Joseph, Afsnit 8101, Psykiatrisk Klinik, Rigshospitalet, Griffenfeldsgade 46, DK-2200 København N. E-mail: pwj@dadlnet.dk

Antaget: 28. august 2006

Interessekonflikter: Projektet har modtaget økonomisk støtte fra overlæge, dr.med. Poul M. Færgemanns Legat samt Legatet af 22. juli 1959.

Taksigelser: Birgitte Butler takkes for sammen med den ene af forfatterne at have gennemgået de originale journaler mhp. at tildele probanderne en diagnose efter DSM-III.

**Litteratur**

1. Jacobsen E. Psykoneuroser. København: Munksgaard, 1965.
2. Strömngren E. Psykiatri. 10. ed. København: Munksgaard, 1969.
3. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish psychiatric central register. Dan Med Bull 1997;44:82-4.
4. American Psychiatric Association. Diagnostiske kriterier fra DSM-III. København: FADL's Forlag, 1985.
5. WHO. Klassifikation af sygdomme. Udvidet dansk-latinsk udgave af verdenssundhedsorganisationens internationale klassifikation af sygdomme, skader og dødsårsager. 8. ed. København: Sundhedssyrelsen, 1982.
6. WHO. ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard, 1994.
7. Tyrer P. Classification of neurosis. Chichester: John Wiley, 1989.
8. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Prediction of outcome in neurotic disorder: a 5-year prospective study. Psychol Med 1998;28:1149-57.
9. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1249-57.
10. Sjövall B. Psychology of tension. An analysis of Pierre Janet's concept of "tension psychologique". Stockholm: Scandinavian University Books, 1967.
11. Bech P. Diagnostic and classification tradition of mental disorders in the twentieth century in Scandinavia. I: Sartorius N, red. Sources of diagnosis in different cultures. Bern: Hans Huber, 1990:153-69.

## Psykosociale problemer og behov hos kræftpatienter

Psykolog Mimi Yung Mehlsen, overlæge Anders Bonde Jensen & professor Bobby Zachariae

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Onkologisk Afdeling D, Psykoonkologisk Forskningsenhed, og Aarhus Universitet, Psykologisk Institut

**Resume**

**Introduktion:** Kræft kan have alvorlig indvirkning på patienternes psykiske velbefindende og livskvalitet, og i den internationale litteratur peges der på en øget forekomst af sociale og psykiske problemer hos kræftpatienter i form af vanskeligheder med familielivet, opgaver i hjemmet, på arbejde og i fritiden, seksualitet og økonomi. Det er endnu uklart, i hvilken udstrækning disse problemer er udbredte blandt danske kræftpatienter.

**Materiale og metoder:** Et spørgeskema om psykosociale problemer og behov for hjælp blev udsendt til alle patienter, der havde kontakt med Onkologisk Afdeling D, Århus Sygehus, i uge 35, 2004. I alt 71%, 515 patienter (34% mænd og 66% kvinder) i aktiv behandling og kontrol returnerede spørgeskemaet.

**Resultater:** Hos 39% af patienterne var der indikation på en høj grad af følelsesmæssig belastning. Følelsesmæssig belastning var

forbundet med bekymring for partneren, problemer med praktiske gøremål og økonomi samt oplevelsen af et dårligt samarbejde mellem sundheds- og socialvæsen. 19-25% angav at have behov for yderligere hjælp til håndtering af følelsesmæssige problemer, rådgivning om juridiske og økonomiske forhold og praktisk hjælp i hjemmet.

**Konklusion:** En betydelig andel af de patienter, som behandles på en onkologisk afdeling, oplever væsentlige følelsesmæssige problemer, og gruppen af følelsesmæssigt belastede patienter har det største udækkede psykosociale støttebehov.

Kræft kan have alvorlig indvirkning på patienternes psykiske velbefindende og livskvalitet, og i den internationale litteratur peges der på en øget forekomst af sociale og psykiske problemer hos kræftpatienter [1]. Undersøgelser tyder således på, at omkring en tredjedel af alle kræftpatienter oplever følelsesmæssig belastning (*distress*) i form af angst og depression i betydelig grad [2].

Graden af følelsesmæssig belastning synes i nogen grad at afhænge af sygdoms-karakteristika, idet mere fremskreden sygdom, dårligere prognose og større sygdomsbelastning er