

Stress og psykometri

Per Bech

Inden for den kliniske stressforskning er det *Selyes* stimulus-respons-model [1], der har været det bærende princip (Tabel 1). Oprindeligt var *Selye* [2] mest optaget af de rent biologiske reaktioner fra kroppens side, specielt kortisol, men i hans sidste publikation [3] var psykens respons (*distress*) medinddraget. Hvad angår selve stimulus, har *Selyes* model (Tabel 1) især fokuseret på langvarige, kontinuerlige, men ikke i sig selv livstruende belastninger (stressorer) enten af psykosocial natur eller fra en sameksisterende kronisk medicinsk lidelse [3].

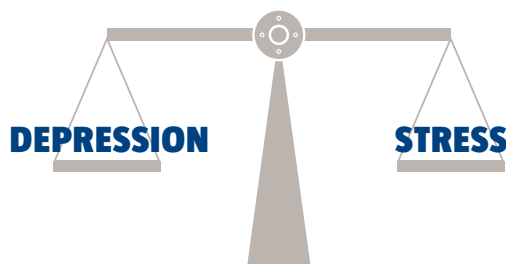
I det moderne psykiatriske diagnosesystem, WHO's ICD-10-system [4], er det især den posttraumatiske belastningsreaktion (PTSD), der har været i fokus. Inden for stimulus-respons-modellen er der her tale om et forsinket respons, taget i betragtning at det er forudgået af en enkelt velafgrænset, katastrofeagtig begivenhed, f.eks. jordskælv, fly/tog/skibs/bilkatastrofe, voldtægt eller krigsulykke. Ifølge ICD-10 placeres PTSD i afsnittet under stressrelaterede angsttilstande sammen med de kontinuerlige belastninger i Tabel 1.

Men for begge stressrelaterede tilstande er der ofte tale om et forsinket respons, hvor der efterhånden udvikles en depression. Når depressionen er til stede, bliver ICD-10-diagnosen depression alene registreret, hvorved enhver ætiologisk faktor sløjfes [5]. Fra svensk side har man forsøgt at få indført en ICD-10-kategori, som bliver kaldt udmatningssyndromet (Tabel 1) [6]. Den svarer til Kraepelins udmatningsdepression [7].

Man håber på, at den næste revision (ICD-11), som forventes at udkomme i 2015, vil få placeret både PTSD og udmatningssyndromet tættere på depressionstilstandene. Mens vi venter på dette, kan vi ved den psykometriske stressdiagnose heldigvis ty til de internationalt meget anvendte vurderingsskalaer såsom Hamiltons depressionsskala (HAM-D).

HAMILTONS DEPRESSIONSSKALA

Hamilton udgav sin depressionsskala i 1960, og han medtog de 17 symptomer, som han med reference til *Kraepelins* originale depressionssyndrom [1, 7] og ved fokussamtaler med depressionsramte og deres pårørende fandt mest relevante til beskrivelsen af depressionens funktionsnedsættelse [8]. I psykometriske undersøgelser med brug af faktoranalyse og item-



STATUSARTIKEL

Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Center Nordsjælland

respons-teori-modeller har man påvist [1, 8], at rækkefølgen af de 17 symptomer kan omroteres, således at man får tre delskalaer som vist i trekanten i **Figur 1**. Det egentlige depressionsbillede beskrives ved totalscore af de seks symptomer vist ved A i Figur 1 (HAM-D₆). Det stressrelaterede *arousal*-billede er beskrevet ved totalscore af de ni symptomer vist ved B i Figur 1 (HAM-D₉). Disse ni symptomer er de uspecifikke psykofysiologiske eller neurovegetative symptomer, som er tættest på *Selyes* oprindelige stimulus-respons-model, idet *Selye* [2] oprindeligt definerede stress som *the nonspecific response of the body to any demand made upon it*. De resterende to symptomer vist ved C i Figur 1 (HAM-D₂) måler den suicidale adfærd. Netop fordi *Hamilton* oprindeligt undersøgte patienter med svære depressionsgrader, var disse to symptomer meget relevante. Det er formentlig sådan, at selvmordsrisikoen bliver aktiveret, hvis den stressramte eller depressionsramte har manglende sygdomsindsigt [11].

I den forsinkede symptomudvikling ved PTSD inden for stimulus-respons-modellen [1] er det de psykofysiologiske eller neurovegetative *arousal*-symptomer, der først udvikles (HAM-D₉). Hvis PTSD ikke behandles, går reaktionen over i egentlig depres-



TABEL 1

Selyes stimulus-respons-model [1] ved arbejdsbetinget stress (udmatningssyndromet).

Stressorer (psykosociale belastninger)	Stress (kroppens reaktion)	Distress (den psykiske reaktion eller udmatningssyndromet)
F.eks.	F.eks.	F.eks.
For store krav	Højt blodtryk	Søvnforstyrrelser
Manglende indflydelse	Højt stofskifte	Angst
Manglende social støtte	Højt kortisolniveau	Depression

døgnudskillelse af kortisol i urinen hos den enkelte forsøgsperson afspejler, at stressniveauet er højest tirsdag og onsdag, hvorefter det falder gradvist i weekenden for atter at stige mandag og tirsdag.

Det er HAM-D med de tre delskalaer A, B, C (Figur 1), der psykometrisk set bedst beskriver *distress*-reaktionen efter såvel udmatningsyndromet som PTSD [1]. Netop dette, at lægerne er i stand til at omrokere de 17 symptomer i Figur 1 under et Hamilton-interview, er i overensstemmelse med den *common sense*-filosofi, der blev grundlagt i England, da Hamilton var i færd med at konstruere depressionsskalaen [15]. Dette, at de stressramte patienter kan fornemme, at lægen er: »*thoroughly familiar with the kind of illness that confronts them, that he or she knows the kind of feelings and thoughts that it brings to the patients*«, sikrer et begyndende kompliant behandlingsforløb [16]. Det er således HAM-D, der er det egentlige psykometriske stressdiagnoseinstrument, når det skal afgøres, om der er primær eller sekundær depression [17].

KONKLUSION

I vort gældende WHO-klassifikationssystem for de psykiatriske lidelser (ICD-10) er både PTSD og udmatnings-stress-syndromet placeret forkert under de nervøse angsttilstande, da disse syndromer som forsinkede stimulus-respons-tilstande kan udvikle sig til en egentlig klinisk depression, enten som en udmat-

ningsdepression eller PTSD. Psykometrisk set er HAM-D det anbefalelsesværdige instrument ved måling af såvel PTSD som udmatnings-stress-syndromet.

KORRESPONDANCE: Per Bech, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Dyrehavevej 48, 3400 Hillerød. E-mail: Per.Bech@regionh.dk

ANTAGET: 11. juli 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Bech P. Klinisk psykometri. København: Munksgaard, 2011.
2. Selye H. The evolution of the stress concept. Am Sci 1973;61:692-9.
3. Selye H. Stress without distress. New York: Lippincott, 1974.
4. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1993.
5. Casey P, Maracy M, Kelly BD et al. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? J Affect Disord 2006;92:291-7.
6. Åsberg M, Grape T, Krakow T. Stress som orsak til psykisk ohälsa. Läkartidningen 2010;107:1307-10.
7. Pichot P. History of neurasthenia. I: Gastpar M, Kielholz P, red. Problems of psychiatry in general practice. Bern: Hogrefe and Huber, 1991:16-20.
8. Bech P. Fifty years with the Hamilton scales for anxiety and depression. Psychother Psychosom 2009;78:202-11.
9. Netterstrøm B, Bech P, Eller N. Erfaringer fra en stressklinik. Ugeskr Læger 2007;169:132-7.
10. Martiny K, Lunde M, Uden M et al. High cortisol awakening response is associated with an impairment of the effect of bright light therapy. Acta Psychiatr Scand 2009;120:196-202.
11. Bech P, Olsen LR, Nimeus A. Psychometric scales in suicide risk assessment. Suicide – an unnecessary death. London: Martin Dunitz, 2001.
12. Träskman L, Tybring G, Åsberg M. Cortisol in the CSF of depressed and suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 1980;37:761-7.
13. Knorr U, Vinberg M, Kessing LV et al. Salivary cortisol in depressed patients versus control persons: a systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrinology 2010;35:1275-86.
14. Halberg F, Engeli M, Hamburger C. The 17-ketosteroid excretion of a healthy man on weekdays and weekends. Exp Med Surg 1965;23:61-9.
15. Ryle G, red. The revolution in philosophy. London: MacMillan, 1967.
16. Skottowe I. Clinical psychiatry. London: Eyre & Spottiswoode, 1953.
17. Bech P. Struggle for subtypes in primary and secondary depression and their mode-specific treatment or healing. Psychother Psychosom 2010;79:331-8.

Stress og insomni

Poul Jennum^{1,2} & Bobby Zachariae³

Insomni (søvnbesvær) og stress har betydelige socio- og sundhedsøkonomiske konsekvenser og medfører øget lægemiddelforbrug. Der er en stærk association mellem insomni og stress samt voksende evidens for, at insomni kan opstå i forbindelse med stress og efter traumatiske begivenheder. Insomni kan være medvirkende til udvikling af posttraumatisk stress (PTSD) og kan forværre prognosen [1]. I nærværende artikel søges givet et overblik over de mekanismer, der er forbundet med disse tilstande, de formodede årsager og muligheder for intervention.

BEGREBER

Vi definerer insomni som: 1) vanskeligheder med at

falde i søvn og opretholde søvn eller oplevelse af ikke-erestorativ søvn i mindst en måned, som 2) resulterer i manglende udhvilethed og energi i dagtimerne med væsentlige konsekvenser for social, arbejdsmæssig eller anden funktion. Dertil kommer, 3) at søvnproblemerne ikke må have anden søvnrelateret patologi. Primær insomni antages overvejende at skyldes psykologiske og adfærdsmæssige forhold, mens sekundær insomni skyldes psykiske, psykiatriske, medicinske/neurologiske sygdomme, medicinsk behandling etc. [2].

En pragmatisk tilgang, der på den ene side fastholder, at stress er et meningsfuldt og anvendeligt begreb i sundhedsvidenskabelig sammenhæng, og som

STATUSARTIKEL

- 1) Dansk Center for Søvnmedicin, Klinisk Neurofysiologisk Afdeling, Glostrup Hospital
- 2) Center for Sund Aldring, Københavns Universitet
- 3) Psykoonkologisk Forskningsenhed, Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital