

# SKATTAD STRESS VERIFIERAR AUTONOM DYSFUNKTION

**För skattning av stressymtom samt explorering av traumatisk händelse, långdragna besvär, förväntad hälsa, återkomst till arbete och pensionering har utvecklats ett nytt mätinstrument, Stress and Crises Inventory, SCI-93. En delaspekt av detta, autonom dysfunktion, jämförs med skattningsskalor avsedda för symtomskattning vid depressions-, ångestsyndrom och psykosomatisk sjukdom.**

**En betydande skalövergripande uppgiftsbild framkommer. Detta skulle kunna återspegla ett för flera diagnoser gemensamt reaktionssätt i det limbiska systemet som uttryck för en dysfunktionell stressreaktion – autonom dysfunktion.**

Kartläggning av dysfunktionell kris-/stressreaktion vid olika sjukdomstillstånd kan ge ökad förståelse för patientens funktionsbortfall. Ett förtydligande av krisreaktionens förlopp innebär dessutom en möjlighet att värdera patientens resurser för krishantering och att placera in den dysfunktionella kris-/stressreaktionen i ett psykodynamiskt perspektiv. Detta ger en ökad förståelse för patientens totala problematik och också en solidare grund för val av behandling såsom farmako-, fysio-, arbets- och psykoterapi.

## Stressorns olika faser

Enligt Selyes generella adaptationsyndrom, GAS, [1] kan den fysiologiska adaptationen till en uppträdande stressor indelas i en alarmfas följt av en

motståndsfas, där vissa reaktioner är likartade oavsett stressorns karaktär. Under motståndsfasen inträder ett kompenenserat tillstånd och homeostasen bibehålls. Om stressorn blir bestående och motståndsfasen långvarigt obruten utarmas individens adaptativa förmåga och individen närmar sig utmattningsfasen.

Det finns en parallellitet till krisreaktionen och dess förlopp, beskriven av Cullberg [2]. Med utgångspunkt från traumatisering refererar Selye till effekter i organsystem, medan Cullberg refererar till upplevande och beteende. Dessa två utgångspunkter ger förklaringsmodeller till traumatiseringens fysiologiska, emotionella och kognitiva aspekter.

Det krisutlösande traumat kännetecknas av att det i något avseende innebär ett existentiellt hot mot den drabbade vare sig traumat består av en naturkatastrof, kroppslig skada, sjukdom eller förlust av närstående. Vid krisreaktionen utlöses en fysiologisk stressreaktion som i sitt normala förlopp psykologiskt karaktäriseras av faserna chock, reaktion, bearbetning och nyorientering [2], varefter stressreaktionen klingar av. Förloppet blir annorlunda i de fall en normal krisutveckling inhiberas eller fördröjs genom att stressreaktionen då permanentas.

När stressreaktionen pågått tillräckligt lång tid debuterar besvär som inte är förenliga med upplevelsen av hälsa. En långdragen krisreaktion kan vidmakthållas av dysfunktionella, psykiska försvär med åtföljande blockering av krisprocessen, vilket försvårar uppnåelse av acceptans, nyorientering och läkning. Detta är förenligt med såväl Selyes fysiologiskt orienterade modell för reaktion på stress, GAS, som Cullbergs psykologiska modell för krisreaktion.

## Kvantitativa mått på besvär

SCI-93 är en skattningsskala som bygger på stress-, objektrelations- och kristeorin. Den erbjuder en möjlighet att erhålla kvantitativa mått på patientens upplevelse av besvär innefattande psykiska, muskulära och autonoma/hormonella aspekter. Vidare skattas ett processperspektiv med avseende på följande aspekter: traumatisk händelse, långdragna besvär, förväntad hälsa, återkomst till arbete samt pensionering.

Stress and Crises Inventory -93, delaspekten autonom dysfunktion, har undersökts med upprepade testningar (test-retest) inom en vecka på inneliggande utredningspatienter (n=46) vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås. Reliabilitet uttryckt med kappas [3] var för undergruppen psykiska symtom 0,76, för muskulära symtom 0,60 och för vegetativa symtom 0,60. Motsvarande korrelationskoefficienter var 0,92, 0,91 respektive 0,94. Detta skattningsskalor instrument uppvisar en reliabilitet i nivå med vad som erhålls vid depressionsskattning.

## Olika skattningsskalor och diagnoskriterier

SCI-93, delaspekten autonom dysfunktion, har jämförts med följande skattningsskalor och diagnoskriterier:

Comprehensive Psychopathological Rating Scale [4] och Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale [5] som exempel på depressionsskattningsskalor.

Hamilton Anxiety Rating Scale [6] och diagnostiska kriterier enligt DSM-III-R för generaliserat ångestsyndrom [7] som exempel på skattningsskala/diagnoskriterier för kvantitativ respektive kvalitativ skattning av ångestsyndrom.

Giessener Beschwerdebogen [8] som representativt skattningsskalor instrument för psykosomatiska besvär/sjukdom.

Sammantaget bedöms dessa skattningsskalor och DSM-III-R-kriterier för diagnosen generaliserat ångestsyndrom vara valida och besitta potential för god reliabilitet vid användandet.

## Särdrag och likheter

Figur 1 sammanfattar dessa jämförelser och belyser olika skattningsskalors särskiljande karakteristika men också omfattningen av gemensamma uppgifter (items). Vid en jämförelse mellan SCI-93, delaspekten autonom dysfunktion, och Comprehensive Psychopathological Rating Scale framkommer att 37 procent av uppgifterna i det senare överensstämmer med dem i SCI-93. När motsvarande jämförelse sker mellan SCI-93 och Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale framkommer att 40 procent av dess uppgifter överensstämmer med dem i SCI-93.

## Författare

CURT NYSTRÖM

överläkare, med dr, psykiatriska kliniken, Östra sjukhuset

ORVAR NYSTRÖM

överläkare, Riksförsäkringsverkets sjukhus, Tranås.

Jämförelse mellan SCI-93 och Hamilton Anxiety Rating scale visar att 79 procent av dess uppgifter överensstämmer med uppgifter i SCI-93.

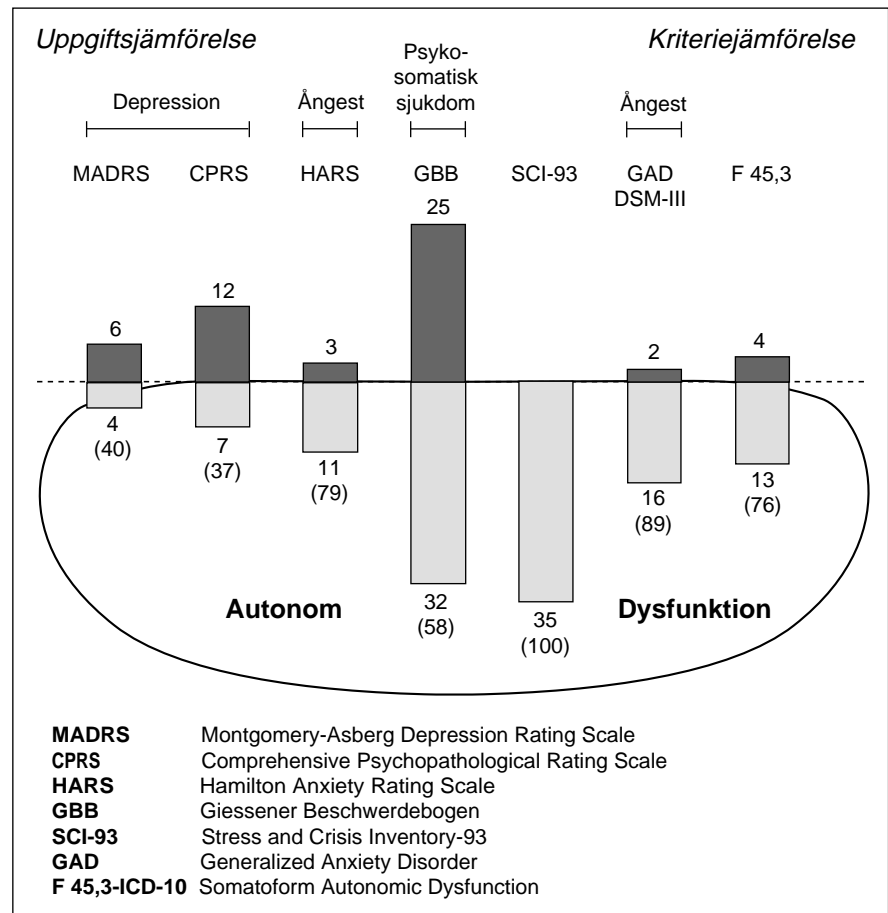
Diagnostiska kriterier för generaliserat ångestsyndrom är till 89 procent i överensstämmelse med uppgifter för autonom dysfunktion i SCI-93. Slutligen överensstämmer 58 procent av uppgifterna ingående i skattningsskalan för psykosomatiska besvär/sjukdom, Giessener Beschwerdebogen, med uppgifterna i SCI-93.

## Diskussion

De valda skattningsskalorna och diagnoskriteriet för generaliserat ångestsyndrom avses mäta (kvantitativt respektive kvalitativt) depression, ångest och psykosomatisk sjukdom. Omfattningen av gemensamma uppgifter växlar mellan 37 och 89 procent när dessa jämförs med SCI-93. Detta tyder på förekomst av en diagnosövergripande komponent som det kan vara värdefullt att dokumentera då den har en betydande tyngd i patientens besvärsrapport som förklaring till funktionsnedsättningen. Dessa skal-/diagnosövergripande besvär har emellertid i medicinsk praxis en låg legitimitet. Därmed avses i vilken mån omvärlden uppfattar att individen lider av en sjukdom och på grund av detta skulle vara berättigad till samhällets resurser för stöd, omvårdnad och behandling [9, 10]. Som exempel kan nämnas kroniskt smärtsyndrom, kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi, irritabile colon och neurasteni. Dessa tillstånd är med »objektiva» diagnosmetoder svårångående, och som diagnos anges benämningar, vilka utgör omskrivningar av patientens upplevda besvär-symtomdiagnoser.

Detta förhållningssätt kan innebära en underskattning av det fenomen diagnosövergripande besvär utgör, vilket även understryks av att dessa har uppmärksamats i ICD-10 under benämningen »somatoform autonom dysfunktion», F 45.3 [11]. Tilläggas kan att 76 procent av diagnoskriterierna för detta tillstånd har sin motsvarighet i SCI-93, delspekten autonom dysfunktion. Därutöver har SCI-93 18 uppgifter som ytterligare förtydligar muskulära och psykiska uttryck för autonom dysfunktion.

Diagnosövergripande besvär, som de återspeglas i de jämförda skattningsskalorna/diagnoskriterierna, kan uppfattas representera något mer än bara en delaspekt av depression, ångest och psykosomatisk sjukdom. Begreppet »stress system dysregulation» finns beskrivet [12]. När en stressreaktion ändras från att vara normalfysiologisk till att bli dysfunktionell upplevs detta först som en hälsostörning. I detta skede fö-



religger vid klinisk undersökning inga verifierbara, patologiska förändringar. Genom att, som en del i undersökningen, på ett standardiserat sätt kartlägga förekomsten av symtom förenliga med stressreaktion med hjälp av skattningsskalor, tillför detta information av kvaliteten »verifierbart fynd». Det ger verifierbar struktur, precision och mätvärden åt patientens upplevelse av ohälsa. Med stöd av ett standardiserat skattningsskalor/diagnoskriterier för psykiatriska och psykosomatiska sjukdomstillstånd. Många besvärande förnimmelser uppfattas som »ospecifika symtom». Dessa ingår som uppgifter (items) i väletablerade skattningsskalor och kriterier för mer specifika sjukdomstillstånd som depressions-, ångestsyndrom och psykosomatisk sjukdomsbild. En jämförelse mellan uppgifter i dessa skalor och kriterier tyder på ett diagnosövergripande symptomkomplex som i sig kan motsvara en specifik reaktion i det limbiska systemet – autonom dysfunktion. Siffrorna inom parentes anger procent.

**Figur 1.** Jämförelse mellan SCI-93 och skattningsskalor/diagnoskriterier för psykiatriska och psykosomatiska sjukdomstillstånd. Många besvärande förnimmelser uppfattas som »ospecifika symtom». Dessa ingår som uppgifter (items) i väletablerade skattningsskalor och kriterier för mer specifika sjukdomstillstånd som depressions-, ångestsyndrom och psykosomatisk sjukdomsbild. En jämförelse mellan uppgifter i dessa skalor och kriterier tyder på ett diagnosövergripande symptomkomplex som i sig kan motsvara en specifik reaktion i det limbiska systemet – autonom dysfunktion. Siffrorna inom parentes anger procent.

## Litteratur

- Selye H. The stress of life. New York: Mc Graw-Hill, 1956.
- Cullberg J. Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur, 1975.
- Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1992: 403-7.
- Åsberg M, Perris C, Schalling D, Sedvall G. The CPRS – development and applications of a psychiatric rating scale. Acta Psychiatr Scand 1978; Suppl 271: 1-27.
- Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatr 1979; 134: 382-9.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1958; 32: 50-5.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
- Braehler E, Scheer J. Der Giessener Beschwerdebogen (GBB). Bern: Hans Huber, 1983: 175.
- Jeppson Grassman E. Arbetstlivets krav och människors lidande. Stockholm: Stockholms Universitet. Rapport i socialt arbete 1992: 57: 69.
- Brattberg G. Den oöbotbara smärtan. Stockholm: Tiger förlag, 1991: 21-6.
- The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993: 107-8, 166-8.
- Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. JAMA 1992; 267: 1244-52.